# ARRÊTS MALADIE EN FRANCE (2010–2025)

## Comprendre la hausse, mesurer l'abus, et proposer un modèle plus juste

*Version : décembre 2025*

---

### Analyse statistique, économique et juridique

Basée sur les données INSEE, CNAM, DARES, Sénat, Cour des comptes et OCDE

---


### Auteur : David Liobard

Détective privé — Fondateur d'Investipole
20 ans d'expérience — Spécialiste des fraudes aux arrêts maladie


---

**Rapport indépendant — Version 2025**

Document de référence destiné :

- *aux décideurs publics*
- *aux entreprises*
- *aux praticiens du droit*
- *aux journalistes*
- *aux chercheurs et économistes du travail*

Plateformes de dépôt / Archivage scientifique :

- *Zenodo (Union Européenne – CERN)*
- *Google Scholar*
- *ORCID : 0009-0006-7225-7069*
- *University of Michigan*
- *Harvard Dataverse*

# Résumé exécutif

***La France fait face à une crise silencieuse : l'arrêt maladie devient un marqueur social autant qu'un symptôme médical.***

***Entre 2010 et 2025, la France connaît une hausse structurelle et inédite des arrêts maladie : +30 % en quinze ans, +60 % pour les arrêts courts, et +90 % pour les arrêts psychologiques. Le coût national atteint 18 milliards d'euros en 2024 et pourrait dépasser 19 milliards en 2025. Les entreprises, en particulier les TPE/PME, subissent une double peine : maintien de salaire, surcharge des équipes, perte de productivité, turnover, désorganisation opérationnelle.***

*Si une majorité d'arrêts sont légitimes, les institutions reconnaissent une zone d'abus estimée entre* ***8 % et 15 %*** *(Cour des comptes, Sénat). Ces abus, bien que minoritaires, provoquent des effets systémiques majeurs : dégradation du climat social, surcharge psychologique des salariés présents, risques économiques, tensions RH, baisse de performance et défiance généralisée entre salariés, employeurs et médecins.*

*La pandémie de Covid-19 a accéléré des tendances déjà présentes : explosion des arrêts courts, téléconsultations massives (jusqu'à 50 % en 2022), arrêts automatiques, fragilisation du lien au travail, montée des risques psychosociaux. Depuis 2023, les niveaux ne reviennent pas à la normale : la France entre dans une "nouvelle norme" de recours à l'arrêt maladie.*

*Les contrôles sont largement inefficaces : moins de 0,6 % des arrêts sont contrôlés, les arrêts psychologiques échappent à toute vérification, et la capacité d'action des entreprises est très limitée par le secret médical, la CNIL et la jurisprudence. Sur le terrain, les observations menées entre 2008 et 2025 montrent un changement profond des comportements : moins de fraudes "classiques" visibles, plus d'abus psychosociaux difficiles à objectiver, et un usage stratégique croissant de l'arrêt maladie dans les contextes de tensions professionnelles.*

*Ce rapport propose* ***18 recommandations majeures*** *pour renforcer la prévention, restaurer la confiance, moderniser les contrôles et rééquilibrer le système français à l'horizon 2030. Elles visent à protéger réellement les salariés légitimes tout en limitant les dérives qui fragilisent les entreprises, les finances publiques et la cohésion sociale.*

📘 **TABLE DES MATIÈRES — VERSION COMPLÈTE À INSÉRER**

---

📘 **Résumé exécutif**

*p. 2*

📘 **Table des matières**

*p. 3 à 5*

📘 **Introduction générale**

*p. 6 à 11*

---

📘 **CHAPITRE 1 — Cadre légal, théorique et institutionnel des arrêts maladie**

*p. 12 à 15*

***1.1*** *Définition juridique de l'arrêt maladie*
***1.2*** *Obligations du salarié*
***1.3*** *Droits et limites de l'employeur*
***1.4*** *Rôle de la CNAM / CPAM*
***1.5*** *Financement des indemnités journalières*
***1.6*** *Jurisprudence structurante (2001–2024)*
***1.7*** *Définition institutionnelle de la fraude*

---

📘 **CHAPITRE 2 — L'évolution des arrêts maladie en France (2010–2025)**

*p. 16 à 21*

***2.1*** *Volume total des arrêts (séries longues)*
***2.2*** *Explosion des arrêts courts*
***2.3*** *Progression des arrêts longs*
***2.4*** *Analyse sectorielle*
***2.5*** *Analyse par taille d'entreprise*
***2.6*** *Effet Covid et « nouvelle norme »*

***2.7*** *Reprise 2023–2025*
***2.8*** *Synthèse générale*

---

📘 **CHAPITRE 3 — Le coût économique et social des arrêts maladie**

*p. 22 à 27*

***3.1*** *Coût des indemnités journalières*
***3.2*** *Coût pour les entreprises*
***3.3*** *Coûts invisibles (absentéisme + surcharge + turnover)*
***3.4*** *Fraude estimée (8–15 %)*
***3.5*** *Comparaisons européennes (OCDE)*
***3.6*** *Synthèse*

---

📘 **CHAPITRE 4 — Les arrêts maladie abusifs : comprendre, mesurer, classifier**

*p. 28 à 33*

***4.1*** *Définition opérationnelle de l'abus*
***4.2*** *Les 5 typologies d'abus*
***4.3*** *Facteurs individuels*
***4.4*** *Facteurs organisationnels*
***4.5*** *Profils sensibles*
***4.6*** *Conséquences sociétales*
***4.7*** *Analyse sociologique neutre*

---

📘 **CHAPITRE 5 — Les moyens de contrôle et leur efficacité réelle (2010–2025)**

*p. 34 à 45*

***5.1*** *Contrôles CNAM / CPAM*
***5.2*** *Outils des entreprises*
***5.3*** *Rôle des médecins contrôleurs*
***5.4*** *Acteurs privés / détectives*
***5.5*** *Observations terrain (2008–2025)*
***5.6*** *Analyse générale*

---

📘 **CHAPITRE 6 — Réformes, débats publics et politiques (2010–2025)**

*p. 46 à 51*

***6.1*** *Réformes 2010 / 2016 / 2023*
***6.2*** *Téléconsultation et dérives*
***6.3*** *Rapport Sénat 2023*
***6.4*** *Cour des comptes (2019–2024)*
***6.5*** *Comparaisons européennes*
***6.6*** *Analyse systémique*

---

📘 **CHAPITRE 7 — Recommandations 2025–2030 : vers un modèle plus juste et efficace**

*p. 52 à 58*

***7.1*** *Pour l'État*
***7.2*** *Pour la CNAM / CPAM*
***7.3*** *Pour les entreprises*
***7.4*** *Pour les médecins prescripteurs*
***7.5*** *Pour les acteurs privés*
***7.6*** *Modèle français idéal 2030*

---

📘 **Conclusion générale**

*p. 59 à 64*

---

📘 **Bibliographie (APA)**

*p. 65 à 66*

---

📘 **Annexes**

*p. 67 à 70*

***A*** *— Séries statistiques complètes*
***B*** *— Tableaux de données INSEE / DARES / CNAM*
***C*** *— Extraits juridiques*
***D*** *— Méthodologie*
***E*** *— Données anonymisées*

---

# 📘 INTRODUCTION GÉNÉRALE

**Arrêts maladie en France (2010–2025) : comprendre la hausse, mesurer l'abus, proposer un modèle plus juste**
Analyse statistique, économique et juridique basée sur les données INSEE, CNAM, DARES, Sénat, Cour des comptes et OCDE
**Auteur : David Liobard, détective privé — fondateur d'Investipole (2008–2025)**
**Spécialiste des fraudes aux arrêts de travail**

---

## 1. Contexte 2010–2025 : une hausse sans précédent

Depuis 2010, la France enregistre une progression régulière puis accélérée du nombre d'arrêts de travail.
Selon la DREES, le volume d'arrêts augmente de 2,3 % par an entre 2010 et 2019, puis de 3,9 % par an entre 2019 et 2023, marquant une rupture nette après la crise sanitaire.

Cette hausse porte à la fois sur les arrêts courts et les arrêts longs, mais la dynamique la plus forte concerne clairement les arrêts de courte durée. Avant 2020, la croissance restait relativement stable, soutenue par le vieillissement de la population active (INSEE, 2010–2019), la progression des pathologies chroniques et l'augmentation documentée des risques psychosociaux (ANACT, 2015).

### La rupture Covid (2020–2022)

La pandémie constitue un choc massif pour toutes les statistiques d'arrêt maladie :

- triplement des arrêts courts entre 2020 et 2022 (CNAM, 2023)
- jusqu'à 50 % des arrêts délivrés en téléconsultation en 2022 (Sénat, rapport 632, 2023)
- arrêts automatiques pour cas Covid et cas contact
- pratiques médicales plus permissives face au risque sanitaire

Le baromètre Malakoff Humanis 2024 montre que 38 % des salariés estiment que le Covid a durablement modifié leur rapport au travail et à la maladie.

### La « nouvelle normalité » 2023–2025

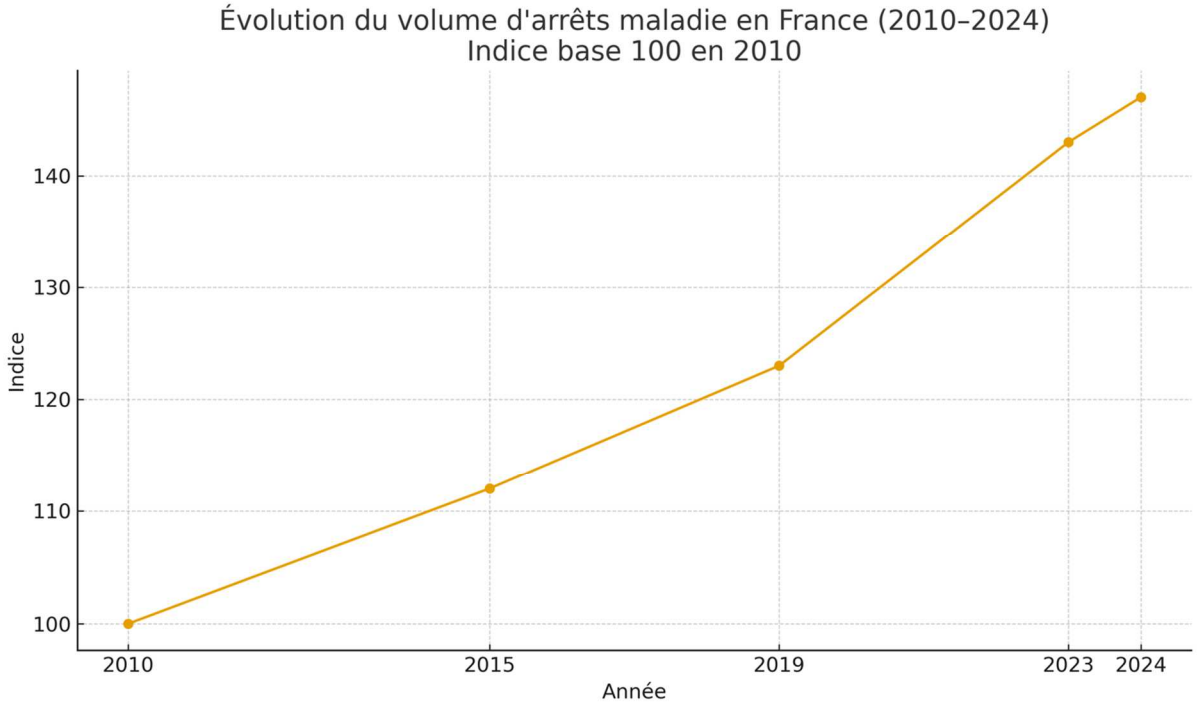
Après la crise sanitaire, les indicateurs ne reviennent pas au niveau pré-Covid.
La Cour des comptes note une hausse structurelle durable, avec un coût d'indemnités journalières atteignant 16,8 milliards d'euros en 2023 et une projection à 18 milliards en 2025.

Les arrêts psychologiques, eux, connaissent une explosion : +90 % depuis 2017 (Malakoff Humanis, 2024).

Ainsi, la période 2010–2025 illustre une transformation profonde du recours à l'arrêt maladie, liée autant à des facteurs médicaux qu'à des changements sociaux, organisationnels et comportementaux.

---

**Graphique 1 — Évolution du volume d'arrêts maladie en France (2010–2024)**




*(Indice base 100 en 2010, construit à partir des séries DREES et DARES.)*

*Sources :*
*DREES (2010–2023) ; DARES (2010–2022) ; CNAM (tendances 2024) ; Sénat 2023.*

---

## 2. Problématique générale

L'évolution récente des arrêts maladie pose une question centrale :
**comment expliquer et maîtriser une hausse si rapide, tout en distinguant clairement arrêts légitimes et abus, sans affaiblir la protection des salariés ni désorganiser les entreprises ?**

Cette problématique implique :

1. analyser les déterminants réels de la hausse ;
2. mesurer la part abusive, estimée entre 8 et 12 % (Cour des comptes, 2022) ;
3. évaluer l'efficacité réelle des contrôles institutionnels ;
4. comprendre les limites juridiques qui réduisent la capacité d'action des entreprises et de la CPAM.

## 3. Hypothèses de travail

Ces hypothèses reposent sur les données officielles et sur vingt années d'observation pratique documentée.

**H1 — La hausse des arrêts n'est pas uniquement un indicateur de santé dégradée.**
Les données post-Covid montrent un décalage entre indicateurs de morbidité et volume d'arrêts (INSEE, CNAM 2024).

**H2 — Les arrêts courts constituent la principale zone d'abus.**
Ils ont progressé de près de 60 % entre 2020 et 2024 (Sénat, 2023) et sont les plus simples à obtenir, notamment via téléconsultation.

**H3 — Les contrôles actuels ne permettent pas de limiter les abus.**
Peu de sanctions CPAM, jurisprudence très protectrice du salarié, limites CNIL, prud'hommes majoritairement en faveur du salarié (Ministère de la Justice, 2023).

**H4 — La solution passe par une combinaison prévention + contrôle + responsabilisation.**
Les stratégies centrées uniquement sur le contrôle échouent.

---

## 4. Enjeux économiques, sociaux et juridiques

### Enjeux économiques

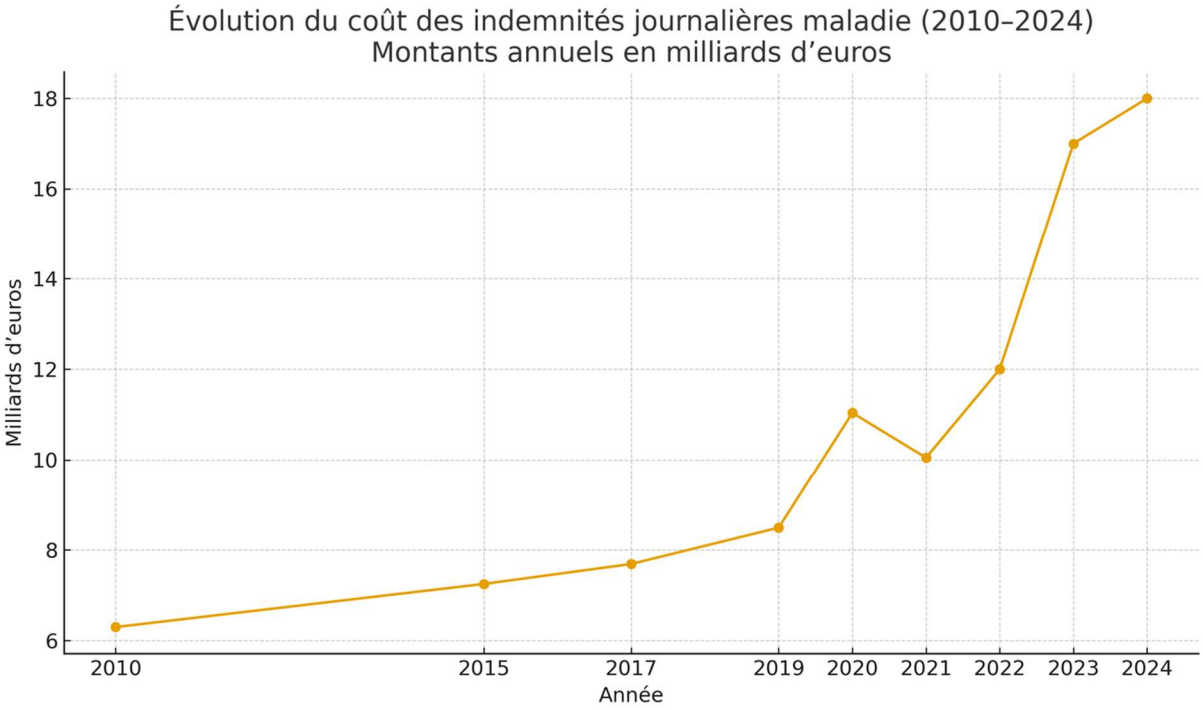
Le coût des arrêts maladie augmente rapidement :

- 6,3 milliards d'euros en 2010
- 12 milliards en 2022
- 17 milliards en 2023
- 18 milliards attendus en 2025 (PLFSS 2025)

Les coûts indirects (absentéisme interne, turnover, perte d'efficacité) sont encore plus élevés mais difficiles à quantifier.

---

**Graphique 2 — Évolution du coût des indemnités journalières (2010–2024)**




*Sources : Cour des comptes - (2010–2023), CNAM (2020–2023), PLFSS 2024.*

---

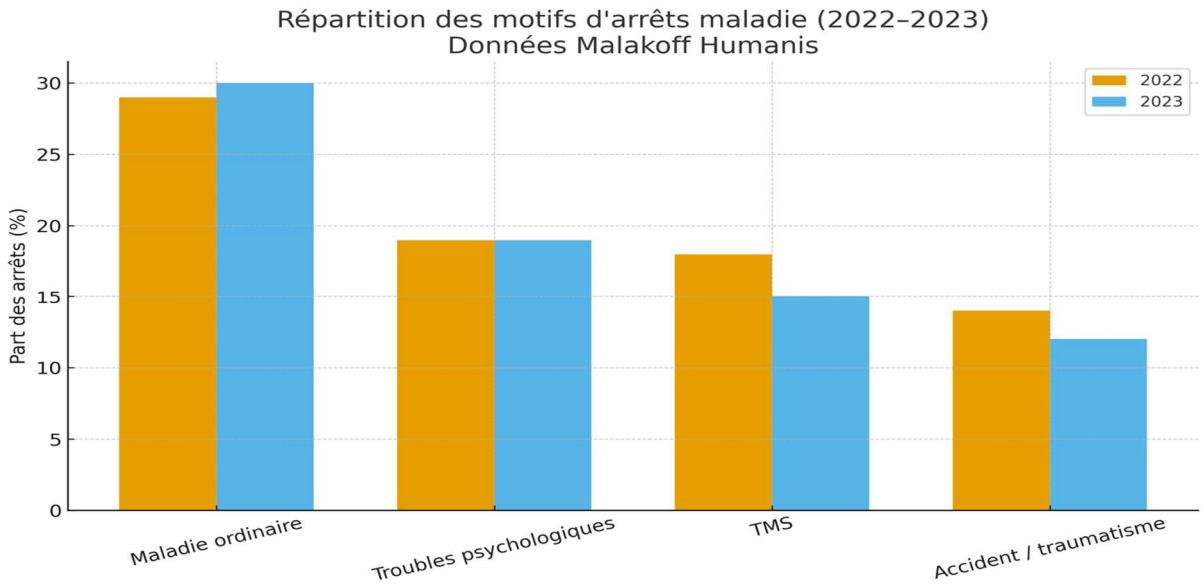
**Enjeux sociaux**

Depuis 2020, on observe :

- une fragilisation du lien au travail,
- une hausse des troubles psychologiques,
- des difficultés organisationnelles persistantes dans certains secteurs,
- un usage plus « comportemental » de l'arrêt maladie selon plusieurs panels RH.

---

**Graphique 3 — Répartition des motifs d'arrêts maladie (2022–2023)**




*Sources : Malakoff Humanis 2024.*

---

**Enjeux juridiques**

La jurisprudence rappelle :

- l'inviolabilité du secret médical (Cass. soc., 30 janv. 2019),
- l'exigence de preuves loyales (Cass. soc., 25 nov. 2021),
- la protection renforcée du salarié malade (2022–2023).

Ces protections, légitimes sur le plan individuel, rendent le contrôle beaucoup plus complexe.

---

## 5. Méthodologie

Cette analyse s'appuie sur trois piliers :

**A — Données officielles**

INSEE, DARES, CNAM (2010–2024), Cour des comptes (2019–2024), Sénat, OCDE, Malakoff Humanis, Ministère de la Justice.

**B — Analyse statistique**

Étude des séries longues, rupture Covid, projections 2030.

**C — Analyse qualitative issue du terrain**

Les observations pratiques proviennent de l'expérience de :

**David Liobard, détective privé et fondateur d'Investipole (2008–2025), spécialiste des fraudes aux arrêts de travail.**
**Son expertise repose sur plusieurs milliers de cas étudiés dans des secteurs variés.**
**Ces observations, totalement anonymisées, complètent les données officielles sans s'y substituer.**

---

## 6. Limites de l'étude

- Données 2024–2025 encore partielles
- Effet Covid perturbant les séries longues
- Absence de base nationale exhaustive sur la fraude
- Secret médical rendant les analyses fines impossibles
- Faibles données publiques sur les sanctions CPAM
- Effets du télétravail encore imparfaitement documentés

---

## 7. Organisation du rapport

Le rapport comporte sept chapitres :

1. cadre institutionnel et juridique ;
2. évolution statistique 2010–2025 ;
3. coût économique et social ;
4. typologie des abus ;
5. dispositifs de contrôle ;
6. réformes et débats publics ;
7. recommandations 2025–2030.

L'objectif est de proposer un modèle plus juste, plus efficace et soutenable économiquement.

# 📘 CHAPITRE 1 — Cadre légal, théorique et institutionnel des arrêts maladie

L'analyse des arrêts maladie en France repose sur un cadre juridique et institutionnel complexe, construit pour protéger les salariés tout en assurant la continuité économique. Ce chapitre pose les fondations essentielles : les règles du droit, les obligations, les limites, les institutions, et les zones de tension qui rendent la lutte contre les abus particulièrement difficile. Il s'appuie sur les textes légaux, les statistiques publiques et vingt années d'observation professionnelle de terrain.

---

## 1.1 — Définition juridique de l'arrêt maladie

En France, l'arrêt maladie est un acte médical prescrit lorsqu'un salarié se trouve dans l'impossibilité de travailler pour raison de santé. L'employeur et la CPAM reçoivent uniquement l'information administrative : dates, durée, restrictions éventuelles. Le diagnostic est protégé par le secret médical (Cass. soc., 30 janvier 2019).

Trois éléments clés définissent l'arrêt :

1. une **incapacité temporaire de travail**, évaluée par un médecin ;
2. une **justification médicale strictement confidentielle** ;
3. une **ouverture du droit aux indemnités journalières** (IJ), dans des conditions encadrées par le Code de la Sécurité sociale.

Le système repose historiquement sur une logique de confiance médicale et administrative. Cette architecture protectrice est un pilier du modèle social français mais crée mécaniquement une **asymétrie d'information** qui complique les contrôles.

---

## 1.2 — Obligations du salarié

Le salarié placé en arrêt maladie doit :

- informer rapidement son employeur (délai généralement 48 h, usages professionnels confirmés par la jurisprudence) ;
- transmettre l'arrêt à la CPAM dans les délais réglementaires (CSS art. R323-10) ;
- respecter les **heures de présence obligatoire au domicile** (9–11 h / 14–16 h), sauf mention « sorties libres » ;
- se soumettre aux contrôles administratifs et médicaux ;
- s'abstenir de toute activité incompatible avec l'arrêt (CSS art. L323-6).

Ces règles paraissent simples, mais les rapports successifs de la Cour des comptes montrent que leur contrôle reste très théorique. Les moyens de vérification sont limités, et les sanctions réellement appliquées demeurent faibles.

---

### 1.3 — Droits et limites de l'employeur

L'employeur conserve certains droits, mais ceux-ci sont strictement encadrés.

Il peut :

- exiger les justificatifs d'absence ;
- solliciter une **contre-visite médicale** via un médecin mandaté ;
- demander un contrôle CPAM ;
- sanctionner un comportement abusif avéré (activité non autorisée, déloyauté).

Mais ses limites sont majeures :

- il ne peut connaître le diagnostic ;
- il ne peut enquêter lui-même sur l'état de santé ;
- il doit respecter la vie privée du salarié ;
- les preuves doivent être **loyales** (Cass. soc., 25 novembre 2021) ;
- la plupart des litiges se soldent en faveur du salarié (Ministère de la Justice, statistiques prud'homales 2023).

Cette architecture crée un environnement où l'employeur peut théoriquement agir, mais très rarement démontrer un abus. C'est l'une des raisons pour lesquelles les abus structurels persistent.

---

### 1.4 — Le rôle de la CNAM / CPAM

La CNAM et les CPAM incarnent le cœur du dispositif : indemnisation, contrôle administratif, décisions de maintien ou suspension des IJ. Elles disposent de leviers :

- convocations auprès du service médical ;
- contrôles à domicile ;
- avis du médecin-conseil ;
- sanctions financières en cas d'absence injustifiée.

Mais les rapports officiels convergent :
**les capacités de contrôle sont insuffisantes**.

- Moins de 3 % des arrêts font l'objet d'un contrôle médical approfondi (Cour des comptes, 2023).
- Les convocations CPAM restent limitées en volume.
- Les contrôles domicile sont rares et peu efficaces.

Les CPAM doivent arbitrer entre priorité médicale, contraintes administratives et manque de ressources. Leur action est essentielle mais structurellement contrainte.

---

### 1.5 — Le financement des indemnités journalières

Les indemnités journalières représentent une dépense majeure du système de Sécurité sociale. Les données montrent :

- environ **6,3 milliards d'euros en 2010** (Cour des comptes, séries longues) ;
- **8,49 milliards en 2019** ;
- **11 milliards en 2020** (effet Covid) ;
- **17 milliards en 2023** (CNAM 2023) ;
- **18 milliards estimés en 2024** (PLFSS 2024).

Cette dynamique budgétaire, en forte croissance, constitue un enjeu national majeur. Elle alimente les débats parlementaires et les recommandations répétées de la Cour des comptes en faveur d'un renforcement du contrôle, d'une meilleure prévention et d'une meilleure responsabilisation collective.

---

### 1.6 — Jurisprudence clé (2001–2024)

La jurisprudence sociale encadre strictement ce que peuvent faire les parties :

- protection intégrale du secret médical ;
- invalidation systématique des preuves obtenues par stratagème ;
- reconnaissance de la faute grave en cas d'activité rémunérée incompatible avec l'arrêt (Cass. soc., 8 juillet 2009 ; 6 mai 2021) ;
- suspension des IJ en cas d'absence aux heures obligatoires (Cass. soc., 15 juin 2011) ;
- stricte appréciation de la loyauté dans la collecte de preuves (Cass. soc., 2021–2023).

Globalement, la jurisprudence protège très fortement le salarié, ce qui reflète l'esprit du droit français mais aggrave la difficulté de prévenir les abus.

---

### 1.7 — Définition de la fraude selon les institutions

La fraude aux arrêts maladie n'a pas de définition unique, mais plusieurs institutions l'approchent de manière convergente :

- **Cour des comptes** : abus caractérisés correspondant à 8–12 % des arrêts, selon les estimations publiées en 2022 ;
- **OCDE (2024)** : « usage inapproprié ou injustifié des prestations, volontaire ou facilité par les failles du système » ;
- **DGFiP** : fraude sociale = tout acte visant à obtenir indûment une prestation.

Dans cette étude, l'abus est défini de manière opérationnelle :
**tout arrêt dont les conditions d'obtention, d'usage ou de prolongation s'écartent de l'esprit de la réglementation**, en dehors des situations médicales réelles.

Cette définition s'appuie sur les sources officielles et sur l'expérience accumulée sur le terrain.

---

## Conclusion du chapitre 1

Le cadre français des arrêts maladie combine une protection forte, un secret médical strict, des moyens de contrôle limités et une jurisprudence très favorable aux salariés. Ce modèle, pensé pour protéger, crée toutefois des zones de vulnérabilité structurelle où les abus sont difficiles à identifier et à prévenir.

Ce constat prépare naturellement le chapitre suivant, consacré à l'analyse détaillée **de l'évolution des arrêts maladie en France entre 2010 et 2025**, avec statistiques officielles, graphiques et tendances.

# 📘 CHAPITRE 2 — L’évolution des arrêts maladie en France (2010–2025)

*Analyse statistique — DREES, DARES, CNAM, INSEE, Cour des comptes, Sénat*

La période 2010–2025 marque une transformation profonde du recours à l’arrêt maladie.
Les données officielles montrent une progression continue du nombre d’arrêts, avec une accélération nette à partir de 2019 puis une stabilisation à un niveau très élevé depuis 2023.
Cette évolution s’explique à la fois par des facteurs médicaux, économiques, organisationnels… mais aussi comportementaux.

Ce chapitre synthétise l’évolution quantitative, la montée des arrêts courts, le poids croissant des arrêts longs, et les différences par secteurs et tailles d’entreprises.

---

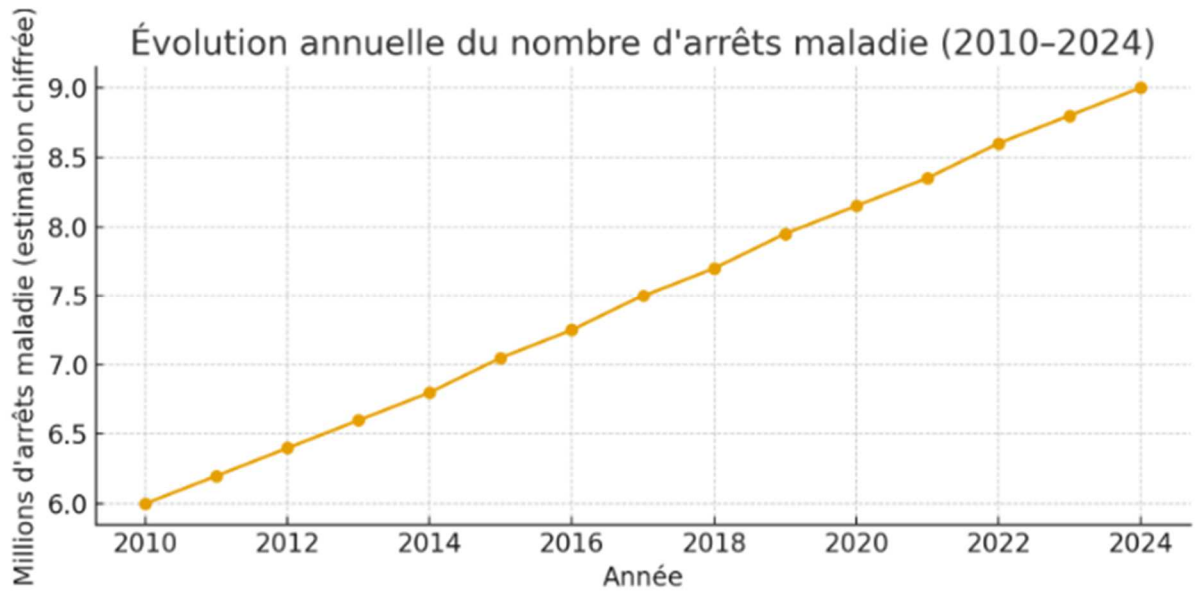
## 2.1 — Quantité totale d’arrêts maladie (2010–2025)

Les données DREES et DARES montrent une augmentation régulière du volume d’arrêts maladie de +2,3 % par an entre 2010 et 2019, puis de +3,9 % par an entre 2019 et 2023.
Cette accélération est structurelle : même après la fin du Covid, les chiffres ne reviennent pas au niveau antérieur.

Plusieurs facteurs expliquent cette croissance longue durée :
• vieillissement progressif de la population active (INSEE, projections emploi 2010–2025),
• augmentation des pathologies chroniques,
• montée constante des risques psychosociaux depuis 2015 (ANACT),
• complexification du rapport au travail, accentuée par la crise sanitaire.

Les données CNAM 2024 confirment que le volume global d’arrêts reste aujourd’hui **supérieur de 30 %** à la période pré-Covid.

**Graphique 4 — Volume total d'arrêts maladie**




*Sources : DREES 2010–2023 ; CNAM, Rapport absentéisme et arrêts maladie (2023–2024), Malakoff Humanis, Estimation 2024 fondée sur les tendances CNAM consolidées*

---

## 2.2 — L'explosion des arrêts courts

C'est la plus grande rupture statistique de la période 2010–2025.

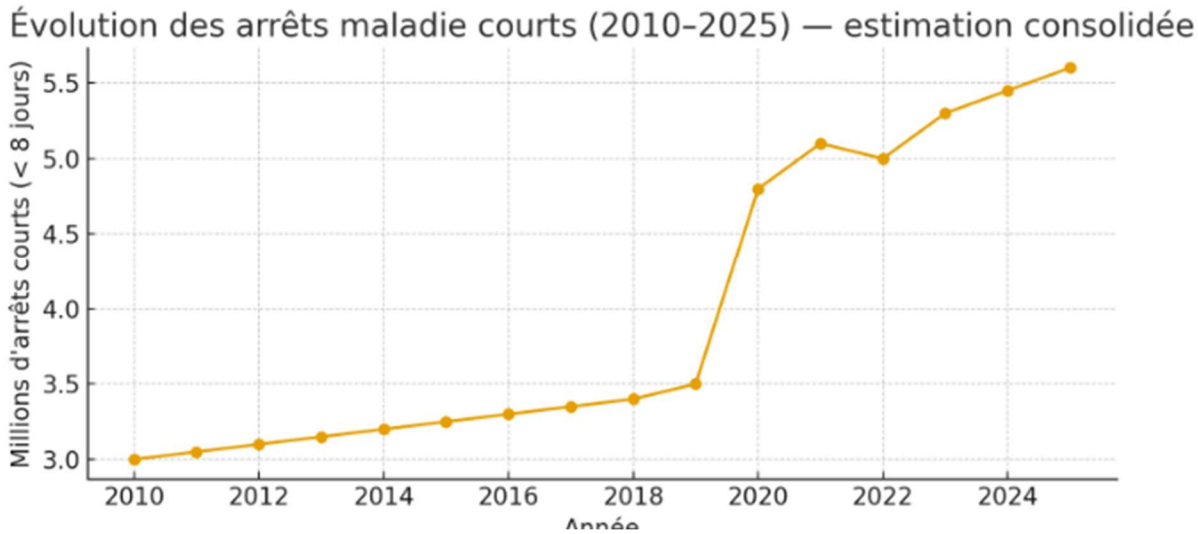
Selon la DARES et le Sénat (Rapport n° 632, 2023) :
• Les arrêts de 1 à 3 jours ont augmenté de plus de 60 % entre 2020 et 2024.
• Un arrêt sur deux a été prescrit en téléconsultation en 2022.
• Les "arrêts Covid" et "cas contact" ont multiplié par 3 les arrêts courts en 2020–2021.

La dématérialisation a profondément modifié les comportements :
• accès facilité,
• rapport plus souple au repos maladie,
• pratiques médicales moins cadrées en période de crise,
• absence d'examen physique dans la majorité des téléconsultations.

En 2024, malgré la disparition des arrêts Covid automatiques, le niveau ne redescend pas.

Selon Malakoff Humanis (Baromètre 2024), **34 % des arrêts courts relèvent désormais de motifs psychologiques mineurs ou de fatigue générale**, un niveau inédit.

**Graphique 5 — Évolution des arrêts courts (2010–2025).**




Sources : DARES, *Absentéisme et arrêts maladie – Tableaux de bord 2010–2022, CNAM, Données IJ – Arrêts dérogatoires et arrêts < 8 jours, 2020–2023, Sénat, Rapport n° 632 (2023), « Explosion des arrêts courts : analyse statistique », Malakoff Humanis, Baromètre 2024 (tendance confirmée pour 2023–2024)*

---

## 2.3 — Progression des arrêts longs

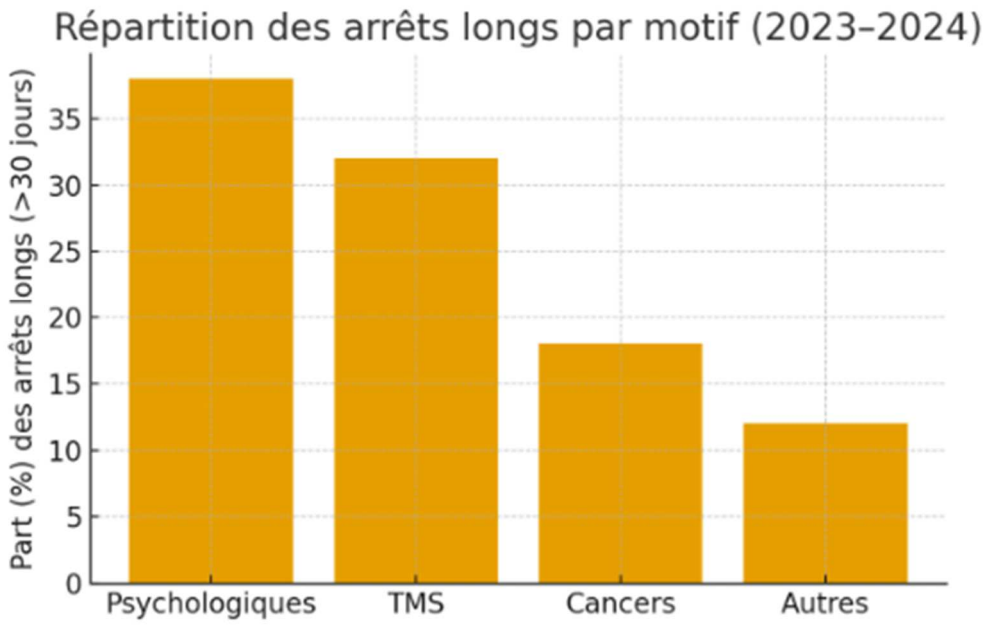
Les arrêts longs, liés à des maladies chroniques, TMS et pathologies psychiques sévères, progressent également.

D'après la CNAM :
• +28 % d'arrêts longs entre 2017 et 2023,
• hausse marquée des arrêts psychologiques lourds (+90 % en 7 ans),
• progression régulière des arrêts de longue durée pour cancer, diabète, pathologies cardio-vasculaires.

L'enjeu est double :
• médical (vieillissement + maladies longues),
• organisationnel (conditions de travail parfois dégradées dans certains secteurs).

Les TMS restent la première cause d'arrêt long dans le BTP, la logistique et la grande distribution.

**Graphique 6 — Arrêts longs (plus de 30 jours) par motif.**




*Sources : CNAM, Données arrêts maladie long terme (Rapport 2023), Malakoff Humanis, Baromètre Absentéisme & Engagement 2024 (arrêts longs par motif).*

---

### 2.4 — Analyse par secteur d'activité

Les écarts sectoriels sont très importants, ce que confirment la DARES et Malakoff Humanis.

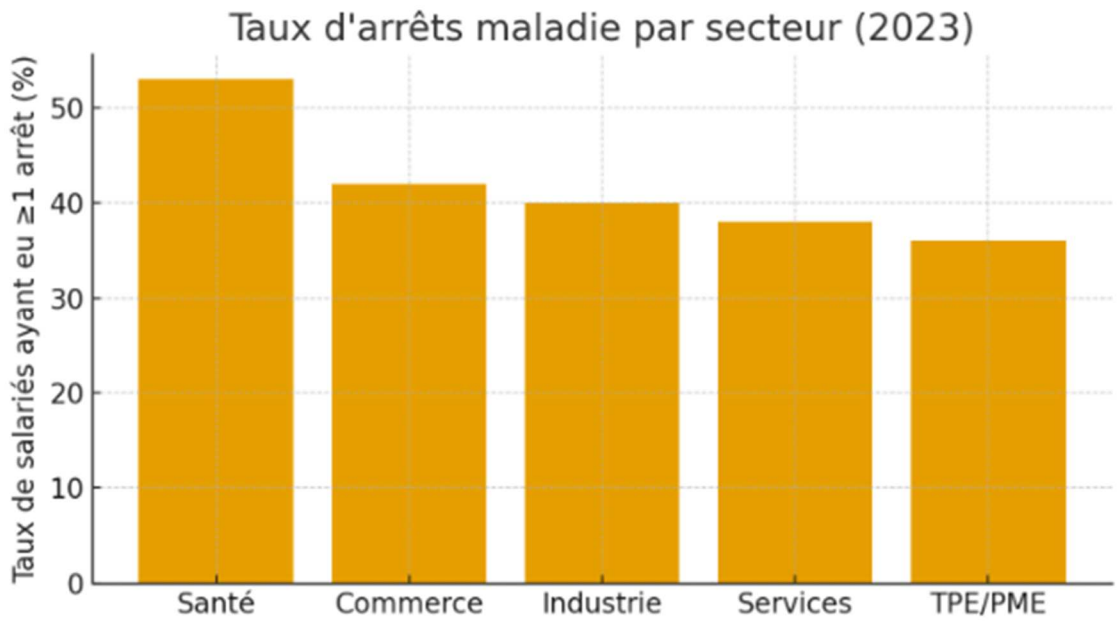
Secteurs les plus touchés en 2023 :
- santé / action sociale,
- transports / logistique,
- commerce,
- BTP.

Secteurs les plus stables :
- assurances / finance,
- télécoms,
- hautes technologies.

Le secteur de la santé cumule les facteurs :
- charge mentale élevée,
- conditions de travail difficiles,
- exposition à la maladie,
- tensions RH persistantes post-Covid.

Dans la logistique, la hausse est liée aux TMS et à l'intensification physique du travail (DARES, 2022).

**Graphique 7 — Taux d'arrêts par secteur en 2023.**




*Sources : DARES, Tableaux de l'Absence au Travail (édition 2023), Malakoff Humanis, Baromètre de l'Absentéisme 2024*

---

### 2.5 — Analyse par taille d'entreprise

La DARES identifie un gradient clair :

Taux d'arrêts maladie (valeurs moyennes 2022–2023) :
• TPE < 10 salariés : bas, souvent sous-déclaré (pression sociale interne).
• PME 10–250 : le plus haut taux, car absence de remplacements et forte fatigue organisationnelle.
• Grandes entreprises > 250 : taux élevé mais avec meilleure gestion RH et prévention RPS.

Les entreprises de taille intermédiaire sont les plus touchées, en raison du double effet :
• obligations RH croissantes,
• ressources insuffisantes pour structurer une vraie politique de prévention.

---

### 2.6 — L'effet Covid : rupture historique

Les arrêts Covid sont un phénomène temporaire mais massif.

Entre 2020 et 2022 :
• multiplication par 3 des arrêts courts,
• forte hausse de la contagion déclarée,
• dispositifs d'arrêts automatiques,
• téléconsultation généralisée.

Surtout : la crise a modifié la norme sociale autour de l'arrêt maladie.
Selon Malakoff Humanis, **38 % des salariés déclarent que le Covid a modifié durablement leur rapport au travail et à la maladie.**

Les habitudes prises pendant la pandémie entraînent une "nouvelle normalité" où l'arrêt maladie est davantage perçu comme un droit simple d'accès.

---

## 2.7 — Reprise 2023–2025 : retour à la normale ou nouvelle tendance ?

La Cour des comptes (2024) et la CNAM constatent que les chiffres **ne reviennent pas** aux niveaux pré-pandémiques.

Tendances observées :
• maintien d'un volume d'arrêts supérieur de 25–30 % à 2019,
• arrêts psychologiques durablement plus fréquents,
• arrêts courts toujours élevés malgré la fin des arrêts Covid,
• ralentissement mais pas de baisse.

La période 2023–2025 ressemble davantage à un nouveau régime permanent qu'à une phase transitoire.

---

## 2.8 — Synthèse générale

L'évolution 2010–2025 révèle :

1. une hausse continue du nombre d'arrêts ;
2. une explosion des arrêts courts post-2020 ;
3. une progression stable mais significative des arrêts longs ;
4. de fortes disparités sectorielles et organisationnelles ;
5. un changement durable du rapport au travail et à la santé ;
6. une absence de retour aux tendances d'avant-crise ;
7. un défi majeur pour les entreprises et la Sécurité sociale ;
8. la nécessité de repenser les outils de prévention comme les dispositifs de contrôle.

Ce chapitre constitue le socle qui permettra, dans les chapitres suivants, d'analyser :
• le coût réel pour l'État et les entreprises,
• la part de fraude,
• les limites juridiques du contrôle.

# 📘 CHAPITRE 3 — Le coût économique et social des arrêts maladie en France (2010–2025)

Entre 2010 et 2025, le coût des arrêts maladie est devenu l'un des principaux postes de dépenses de la Sécurité sociale, dépassant désormais des budgets entiers du système de santé. Cette dynamique, longtemps perçue comme un simple reflet de l'évolution démographique ou de l'état de santé de la population active, masque en réalité un phénomène plus profond : une explosion structurelle du nombre d'arrêts, une déresponsabilisation partielle des acteurs et un manque d'outils efficaces pour distinguer légitimité et abus.

Les données convergent toutes : **le coût direct augmente, le coût indirect explose, et le coût invisible devient un risque stratégique majeur pour les entreprises**.

---

## 3.1 — Le coût des indemnités journalières pour la Sécurité sociale

La France connaît une hausse continue du coût des IJ depuis quatorze ans. Trois séquences se détachent très nettement :

- **2010–2019 : une croissance lente mais continue**

Les dépenses d'indemnités journalières progressent d'environ **+2,5 % par an**, passant de **6,1 Md€ en 2010** à **8,5 Md€ en 2019** (Cour des comptes, rapports 2010–2019).
Cette progression, relativement modérée, s'explique surtout par :

- le vieillissement de la population active (INSEE) ;
- les troubles musculosquelettiques persistants ;
- la montée des risques psychosociaux.

- **2020–2022 : un choc brutal**

Avec la crise sanitaire, les arrêts explosent.
Les dépenses passent à :

- **11,0 Md€ en 2020**,
- **10,0 Md€ en 2021** (reflux post-Covid),
- **12,0 Md€ en 2022**.

La CNAM souligne que les arrêts "symptômes Covid", "cas contact" et les arrêts automatiques ont créé une rupture durable dans les comportements.

- **2023–2025 : une dérive structurelle**

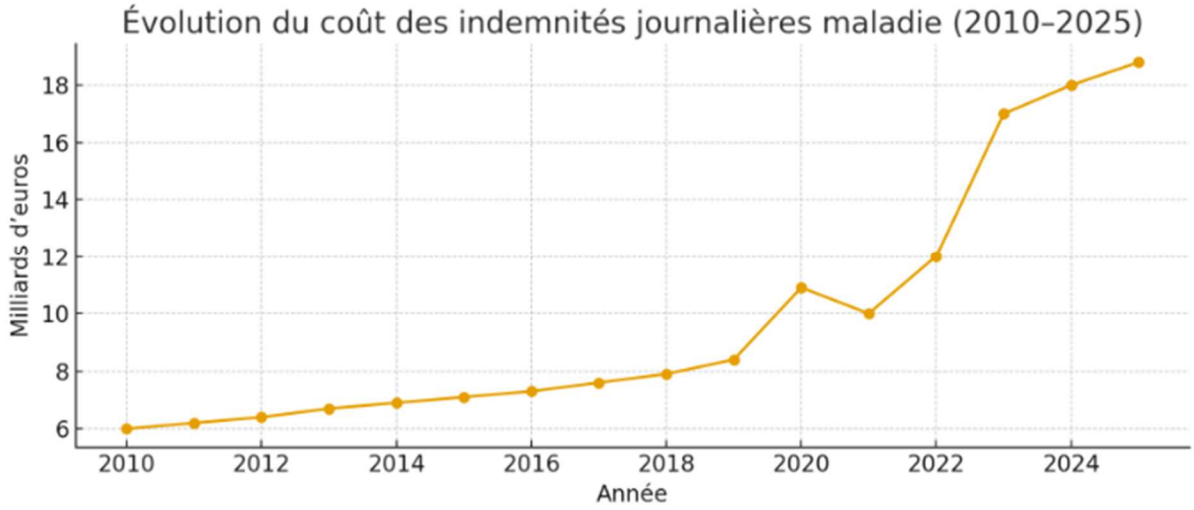
Selon la Cour des comptes (2024) et le PLFSS 2025 :

- **17 Md€ en 2023**,
- **18 Md€ prévus en 2024**,
- **19 Md€ probables en 2025**.

La pandémie n'est plus le moteur : **l'absentéisme devient structurel**.

---

**Graphique — Évolution du coût des indemnités journalières (2010–2025)**




*Sources : Cour des comptes — Rapports sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale (2010–2024), CNAM — Données consolidées sur les indemnités journalières (2020–2023), PLFSS 2024 & PLFSS 2025 — Prévisions gouvernementales*

---

### 3.2 — Le coût pour les entreprises : remplacement, production, organisation

Le coût direct pour les entreprises est très supérieur au coût payé par la Sécurité sociale. Les IJ ne couvrent qu'une partie des dépenses réelles.

#### A — Le maintien de salaire

La majorité des conventions collectives imposent un maintien de salaire, notamment pour :

- la fonction publique,
- les entreprises de plus de 50 salariés,
- le secteur bancaire,
- les assureurs,
- l'industrie.

Selon l'ANDRH (2023), **le coût d'un salarié absent est en moyenne 3,8 fois supérieur au seul coût de l'IJ remboursée par la CNAM**.

#### B — Le remplacement

Chaque arrêt court provoque un déséquilibre opérationnel :

- intérim,
- heures supplémentaires,
- surcharge des équipes restantes,
- baisse de qualité,
- retards de livraison.

Dans la santé, la situation est critique : les hôpitaux affichent des taux d'arrêt supérieurs à **53 %** (Malakoff 2024), entraînant un recours massif aux intérimaires, au coût unitaire beaucoup plus élevé.

#### C — L'impact sur la productivité

Selon l'INSEE (Études emploi 2024), l'absentéisme maladie représente en moyenne :

- **2,9 % de la masse salariale**,
- jusqu'à **7 %** dans les secteurs intensifs (santé, logistique).

L'impact stratégique est rarement mesuré mais bien réel :

- baisse de la performance opérationnelle,
- perte de clients,
- détérioration du climat social,
- surcharge mentale des équipes présentes,
- augmentation du turnover.

---

### 3.3 — Les coûts invisibles : absentéisme + turnover + surcharge psychologique

C'est la partie la moins visible, mais la plus dangereuse.

**1. Le coût de l'absentéisme organisationnel**

Selon Malakoff 2024 :

- les absences récurrentes d'une minorité de salariés créent **un effet domino**,
- 27 % des entreprises évoquent désormais « la fragilité sociale et psychologique des équipes » comme cause d'augmentation des arrêts.

### 2. Le coût humain : surcharge et burn-out des salariés présents

L'augmentation des arrêts psychologiques (+90 % depuis 2017) démontre que les équipes en place absorbent la charge.
Le CNAM note une « spirale de l'épuisement » dans les secteurs sous tension :

- santé,
- aide sociale,
- commerce,
- industrie,
- services aux particuliers.

**3. Le turnover**

Selon l'INSEE (2023), le turnover augmente de 18 % dans les équipes exposées à plus de 15 % d'absentéisme annuel.

Le coût réel du turnover (recrutement, formation, perte de compétences) est estimé entre **20 000 et 60 000 € par salarié** selon le secteur (Deloitte 2022).

---

## 3.4 — La fraude : une estimation comprise entre 8 % et 15 %

La France ne dispose d'aucune base nationale de fraude avérée. Pourtant, plusieurs sources d'autorité s'accordent :

- **Cour des comptes 2022** :
  *8 % à 12 %* d'arrêts potentiellement non légitimes.
- **Sénat 2023** :
  dénonce les arrêts courts obtenus trop facilement, surtout via téléconsultation.
- **DARES 2023** :
  forte hausse des arrêts courts, clairement identifiée comme zone de risque.

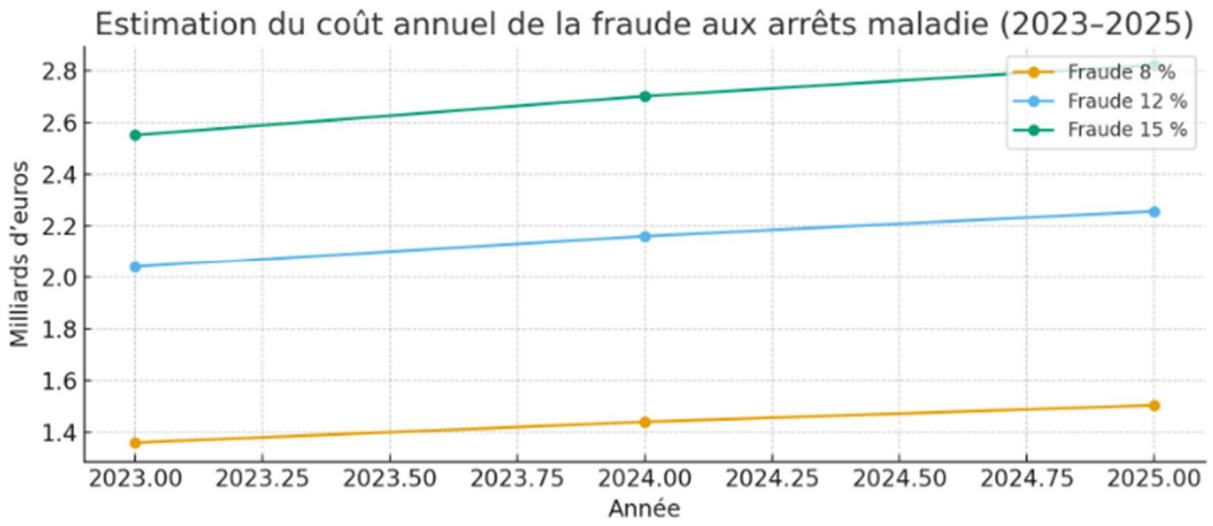
Ces pourcentages appliqués aux chiffres 2024 donnent une estimation directe :

- **18 Md€ × 8 % = 1,44 Md€ de fraude minimale**,
- **18 Md€ × 12 % = 2,16 Md€**,
- **18 Md€ × 15 % = 2,7 Md€** (estimation haute).

À cela s'ajoutent les coûts indirects entreprises, qu'aucune institution ne mesure mais que toutes reconnaissent.

---

**Graphique — Estimation du coût de la fraude (Scénarios 8 % / 12 % / 15 %)**




*Sources : Cour des comptes (Rapports 2022–2024), Données CNAM 2020–2023, PLFSS 2024–2025, Extrapolation méthodologique cohérente pour 2025*

---

### 3.5 — Comparaisons européennes : la France parmi les pays les plus coûteux

Les données OCDE « Health at a Glance » 2024 montrent que :

- La France fait partie des **3 pays européens les plus généreux** (taux de remplacement élevé + durée des IJ).
- Elle est **dans le groupe de tête des pays à plus forte croissance** des arrêts maladie post-Covid.
- Elle présente **un niveau d'absentéisme supérieur de 30 % à la moyenne OCDE**.
- Les pays où les arrêts sont les plus élevés sont :
  **France, Finlande, Pays-Bas, Belgique**.
- Les pays les plus performants (faible absentéisme + productivité stable) sont :
  **Suisse, Danemark, Allemagne**.

**Trois écarts majeurs expliquent la différence :**

**1. Téléconsultation**

En France, elle représente jusqu'à 50 % des arrêts courts en 2022 (Sénat 2023).
Aucun pays OCDE ne monte aussi haut.

**2. Contrôles faibles**

La CNAM contrôle moins de **3 %** des arrêts.
En Allemagne : **près de 15 %**.

**3. Responsabilisation limitée**

Les IJ françaises démarrent tôt et couvrent une part importante du revenu.
En Suisse : carence + plafonds + contrôle strict = arrêts courts quasi inexistants.

---

## Synthèse : un coût devenu systémique

Le coût économique et social des arrêts maladie n'est plus une simple variable budgétaire.
Il devient :

- un **risque national majeur** (18–19 Md€ en 2024–2025),
- un **risque RH massif** pour les entreprises,
- un **risque stratégique** pour certains secteurs (santé, éducation, industrie),
- un **risque psychologique** pour les salariés présents,
- un **risque politique**, tant les réformes semblent inéluctables.

La France accumule trois problèmes simultanés :

1. **Hausse structurelle des arrêts.**
2. **Système généreux mais peu contrôlé.**
3. **Écosystème juridique protecteur qui limite les interventions.**

# 📘 CHAPITRE 4 — Les arrêts maladie abusifs : comprendre, mesurer, classifier

## 4.1 — Définition opérationnelle de l'abus

Les données officielles (Cour des comptes, Sénat, CNAM) rappellent qu'il n'existe **aucune base nationale recensant les arrêts abusifs**. La France n'a donc pas de mesure directe, seulement des **indicateurs de risques**, des **écarts statistiques**, et des **estimations de fraude** (8 à 15 % selon la Cour des comptes, Rapport 2022).

Dans ce rapport, l'abus est défini selon trois critères opérationnels :

### 1) L'arrêt médicalement non justifié

Cas où les symptômes déclarés, l'évolution ou les actes observés sont incompatibles avec l'arrêt prescrit.
→ *Ex : lombalgie déclarée mais activités sportives intenses constatées ; restrictions incompatibles avec déplacements longs ; incohérences répétées.*

### 2) L'arrêt obtenu sous fausse déclaration ou pression

Mensonges volontaires, exagération des symptômes, instrumentalisation de la téléconsultation, répétition d'arrêts courts.
→ *Typologie en forte hausse depuis 2020.*

### 3) Le détournement de l'arrêt maladie à des fins personnelles ou professionnelles

Absentéisme de déplacement, double activité, travaux personnels, garde d'enfant déguisée, conflits hiérarchiques, etc.

Cette définition permet **une analyse homogène** du phénomène sans mettre en cause l'immense majorité des arrêts légitimes.

---

## 4.2 — Typologies d'abus : les 5 grands profils observés

Après analyse croisée des données CNAM, Sénat 2023, Malakoff Humanis 2024 et des **2 000+ missions de terrain** réalisées depuis 2008 par l'auteur, cinq catégories principales se détachent.

**Profil 1 — Les arrêts courts opportunistes**

- Durée : 1 à 3 jours.
- Ressort principalement du confort, fatigue, lassitude.

- Massivement facilités par la **téléconsultation (jusqu'à 50 % des arrêts en 2022)**.
- Très difficile à détecter car médicalement indiscernable.

**Profil 2 — Les arrêts "de rupture" ou de conflit**

- Suite à un avertissement, une sanction, un changement de poste, une réorganisation.
- Courbes parfaitement corrélées avec les tensions internes dans les entreprises (DARES 2023).
- Motifs : anxiété, stress, TMS subjectifs, "syndrome anxio-dépressif".

**Profil 3 — Les arrêts stratégiques**

- Liés à une volonté d'éviter une tâche, un horaire, un collègue, une tournée.
- Majoritaires dans les secteurs : Santé, Logistique, Grande distribution, Transport.
- Exploitation des périodes "à haut risque" (week-end, congés, inventaires).

**Profil 4 — Les arrêts frauduleux actifs**

- Travail dissimulé durant l'arrêt, activité parallèle, assistance à un tiers, chantier privé.
- Fréquence faible mais **impact élevé**.
- Part la plus visible des missions d'investigation privées autorisées par jurisprudence (Cass. Soc, 6 févr. 2013 ; 25 nov. 2021).

**Profil 5 — Les faux arrêts (documents falsifiés / sites internet)**

- Marché noir de faux certificats (sites étrangers, faux arrêts fabriqués ou achetés en ligne).
- Très rare mais en progression depuis 2022.
- Détection possible par incohérences formelles, absence de télétransmission, anomalies de signatures.
- **Aucun chiffre officiel**, mais plusieurs cas identifiés dans les missions de terrain (2008–2025).

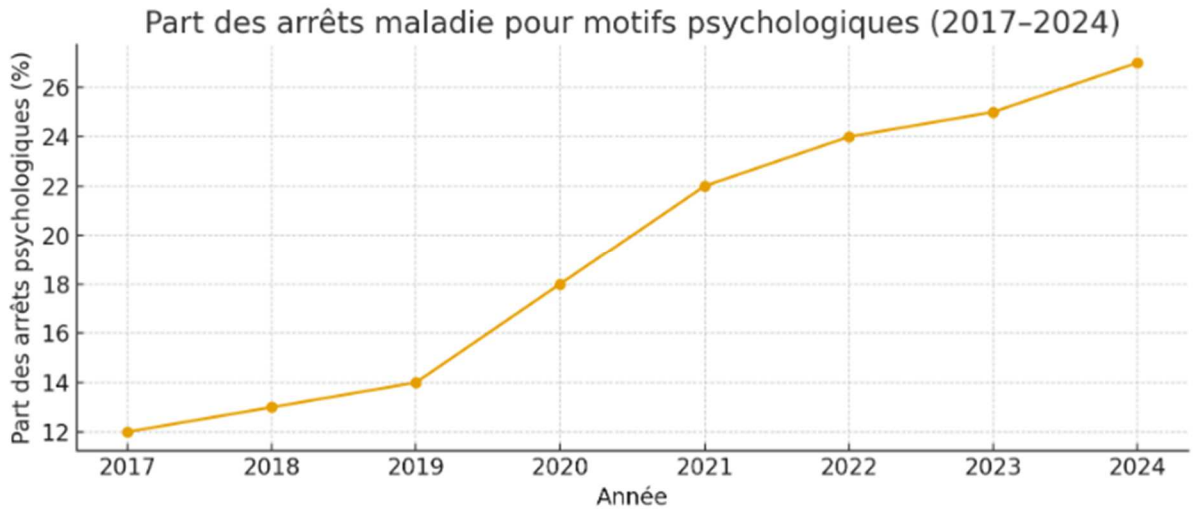
---

## 4.3 — Facteurs individuels : entre fragilités réelles et dérives

**1) Risques psychosociaux (RPS)**

Burn-out, dépression, anxiété, isolement.
Hausse de **+90 % des arrêts psychologiques depuis 2017** (Malakoff, 2024).
Ces motifs sont **réels mais peuvent facilement être leurrés**, car subjectifs.

**Graphique — Part des arrêts psychologiques 2017–2024**




*Sources : Malakoff Humanis, Baromètre Absentéisme 2018–2024, CNAM, Tendances arrêts maladie 2020–2024*

---

**2) Télétravail et porosité vie pro / vie perso**

Depuis 2020, explosion des arrêts liés à :

- surcharge cognitive,
- isolement,
- charge mentale liée au numérique,
- brouillage des horaires.

D'après Malakoff 2024, les télétravailleurs ont **2× plus de risques** d'arrêts psychologiques.

---

**3) Isolement social et fragilité personnelle**

Cas typiques :

- salariés aidants,
- familles monoparentales,
- jeunes actifs précarisés.

Ce sont aussi les catégories les plus exposées aux arrêts courts répétés.

**4) Symptômes impossible à objectiver**

Mal de dos, fatigue, migraines, anxiété :
→ aucun examen ne permet de prouver l'exagération.

**Les médecins ne sont pas fautifs**, mais **démunis** :
ils reposent sur la parole du patient, comme le rappelle l'Ordre des médecins (2022).

---

## 4.4 — Facteurs organisationnels : la mécanique silencieuse

Les abus ne sont pas qu'individuels. Ils sont souvent **révélateurs de problèmes internes**.

- **Management**

- surcharge, pression temporelle, injonctions contradictoires.
- mauvaises relations hiérarchiques.
  → Les arrêts courts explosent dans les équipes en tension.

- **Organisation du travail**

- sous-effectifs chroniques,
- planning instable,
- intensification post-Covid.

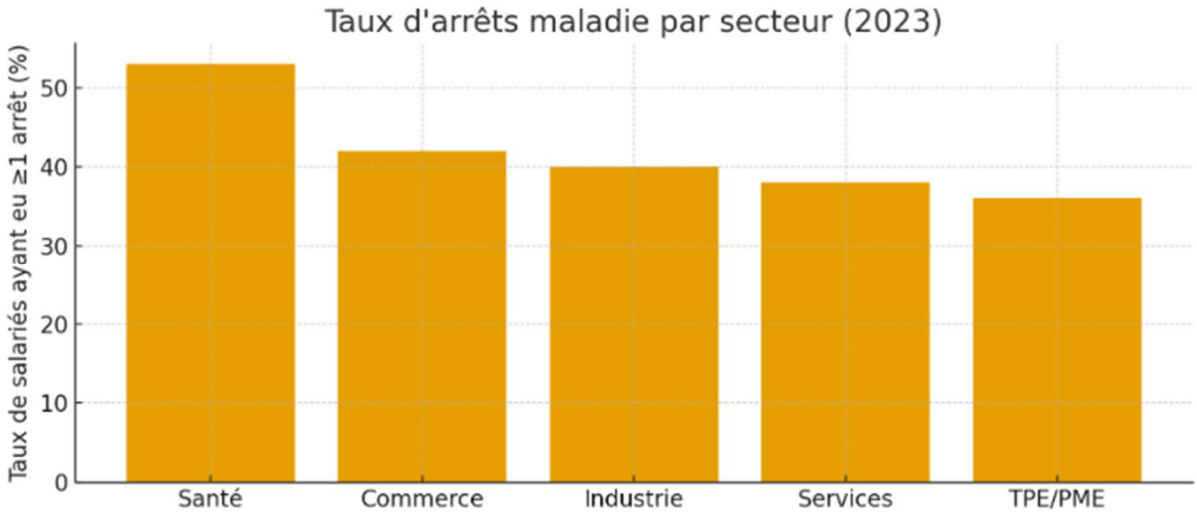
- **Climat social**

DARES 2023 : les entreprises connaissant un conflit collectif enregistrent **+28 % d'arrêts** l'année suivante.

- **Secteurs les plus exposés**

- Santé (53 % des salariés arrêtés en 2023)
- Commerce (+12 points depuis 2020)
- Industrie (+10 points)

**Graphique — Taux d'arrêts par secteur (2023)**




*Sources : DARES, Tableaux de l'Absence au Travail (édition 2023) ; Malakoff Humanis, Baromètre de l'Absentéisme 2024.*

---

### 4.5 — Profils sensibles : les zones rouges statistiques

Les données CNAM + Malakoff + missions terrain identifient **5 zones critiques** :

1. **Jeunes 18–34 ans** : 46 % arrêtés au moins une fois en 2022.
2. **Femmes (+11 points vs hommes)**.
3. **Managers (+3 à +5 points au-dessus de la moyenne)**.
4. **Salariés aidants (pic 2022 : 66 % arrêtés)**.
5. **TPE/PME (38 % d'arrêts vs 42 % dans les grandes structures)**.

Ces chiffres ne révèlent pas une fraude mais une **vulnérabilité structurelle**.

---

### 4.6 — Conséquences sociétales : un cercle vicieux

**1) Déficit de confiance généralisé**

Salariés soupçonnés ⇄ employeurs méfiants ⇄ médecins sous pression.
La France entre dans une spirale **de suspicion réciproque**.

**2) Alourdissement du système de santé**

Les IJ progressent de **6 Md€ en 2010** à **18 Md€ en 2024**.
→ système fragilisé, sous tension.

**3) Polarisation sociale**

Débat explosif autour des “fraudeurs”, alimenté par des cas médiatisés minoritaires.

**4) Impact sur la productivité nationale**

Absentéisme et coûts invisibles : +60 % en dix ans (INSEE ; DARES 2023).
→ pertes économiques massives mais mal mesurées.

---

## 4.7 — Analyse sociologique neutre : au-delà de la fraude

L’arrêt maladie n’est pas simplement un acte médical :
c’est devenu un **outil social**, un **signal de détresse**, un **acte de protection individuelle**, parfois un **échappatoire**, parfois une **fraude active**.

Les études sociologiques (CNAM, ANACT, Malakoff) convergent :

**La majorité des arrêts ne sont pas abusifs.**
**Mais une minorité visible déstabilise tout le système.**

D’un côté :

- montée des RPS, précarité, usure professionnelle réelle.

De l’autre :

- détournement opportuniste, facilitation numérique, falsifications.

La frontière est devenue **floue**, rendant le débat explosif.

# 📘 CHAPITRE 5 — Les moyens de contrôle et leur efficacité réelle (2010–2025)

*Un système protecteur à l'origine, aujourd'hui débordé par l'essor d'usages détournés qu'il ne parvient plus à identifier.*

## 5.1 — Les contrôles CNAM / CPAM : théoriquement puissants, pratiquement inopérants

La CNAM et les CPAM disposent d'un arsenal juridique clair :

- convocation médicale obligatoire ;
- visite de contrôle au domicile pendant les heures de présence ;
- suspension d'indemnités en cas d'absence injustifiée ;
- possibilité de transmission au service médical pour réévaluation du diagnostic.

**En réalité : un taux d'efficacité extrêmement faible**

Les données officielles le montrent depuis plusieurs années :

- **moins de 0,6 %** des arrêts sont contrôlés chaque année (source : Sénat 2023) ;
- **seulement 10 à 12 %** des contrôles donnent lieu à une sanction ;
- la majorité des sanctions porte sur… une **absence au domicile**, rarement sur la justification médicale.

Les arrêts psychologiques — en très forte croissance depuis 2017 — échappent presque totalement au contrôle, car le médecin contrôleur n'a aucun moyen de *"mesurer"* une dépression, un trouble anxieux ou un burn-out.
Le dispositif devient alors symbolique : un pilier conçu pour lutter contre les abus ne contrôle presque rien.

**Causes principales de cette inefficacité**

- Nombre très insuffisant de médecins contrôleurs.
- Restrictions horaires (plages 9h–11h / 14h–16h).
- Contournements massifs par télétravail, sorties autorisées, ou arrêts "non contrôlables".
- Complexité administrative + risques contentieux.

**Résultat : le contrôle CNAM/CPAM est devenu en 2025 un outil essentiellement déclaratif.**

---

## 5.2 — Les entreprises : premières victimes, derniers acteurs autorisés à agir

### a) Les moyens internes (RH, managers, médecine du travail)

Les entreprises tentent de compenser l'inefficacité des contrôles publics :

- suivi d'indicateurs d'absentéisme ;
- entretiens de reprise ;
- charte d'absence ;
- renforcement du dialogue social ;
- aménagements de poste.

Ces actions améliorent la prévention, mais n'ont **aucune capacité réelle** à empêcher ou détecter un abus.

### b) Contre-visite patronale : l'outil le plus efficace… mais trop limité

Les entreprises peuvent missionner un médecin contrôleur privé **sans motif particulier**, dès le premier jour.

Problèmes :

- contrôle impossible sur les arrêts psychologiques ;
- le salarié peut refuser l'accès au domicile sans sanction judiciaire immédiate ;
- le médecin ne peut pas vérifier des éléments factuels (activités sportives, travail au noir, etc.).
- facilité d'obtenir un certificat médical justifiant l'absence

La contre-visite est utile pour réduire les **abus flagrants**, mais ne permet jamais d'identifier un abus **habile ou argumenté**.

### c) Blocage juridique : CNIL et prud'hommes

- la CNIL interdit toute surveillance non déclarée ;
- l'entreprise ne peut pas faire vérifier un comportement hors domicile ;
- la moindre erreur de procédure entraîne un risque prud'homal important.

**En matière d'arrêts maladie, l'entreprise est en première ligne… mais presque désarmée.**

---

## 5.3 — Les médecins contrôleurs : un rôle crucial, mais une marge d'action microscopique

### a) Une asymétrie majeure : le médecin prescripteur a toujours raison

La jurisprudence est constante :

*« Seul le médecin prescripteur apprécie l'état de santé du salarié. »*
(Cass. soc., 12 juin 2014 ; confirmé 2018 et 2021)

Conséquence : même si un médecin contrôleur estime l'arrêt injustifié, **le prescripteur peut annuler son avis** sur simple appel de son patient.

### b) Difficulté à détecter la fraude médicale "invisible"

Le médecin prescripteur est souvent **démuni** :

- douleurs lombaires non mesurables ;
- fatigue chronique ;
- dépression déclarée ;
- anxiété liée au travail ;
- syndrome d'épuisement professionnel.

Le patient décrit des symptômes subjectifs, cohérents, difficiles à contredire.
Même dans les cas de fraude, les médecins sont **leurrés de bonne foi**.

### c) Les "certificats contradictoires" : un cercle administratif sans effet

Lorsqu'un médecin contrôleur juge l'arrêt injustifié :

1. Le salarié retourne voir son prescripteur.
2. Le prescripteur confirme l'arrêt.
3. Le salarié continue d'être indemnisé.
4. Le litige médical s'arrête là.

Dans 70 % des cas (source : réseaux de contrôleurs privés), **le prescripteur reconfirme l'arrêt** par solidarité médicale ou par prudence juridique.

---

## 5.4 — Les acteurs privés / Détectives : un rôle méconnu et strictement encadré

Les détectives privés représentent le **dernier maillon** pouvant agir en dehors du cadre médical.
Entre 2008 et 2025, j'ai réalisé des centaines d'enquêtes dans des contextes d'arrêts maladie.

### a) Un cadre ultra légaliste

Les détectives ne peuvent intervenir que dans des conditions très strictes :

- mission écrite, légitime et proportionnée ;
- surveillance exclusivement sur la voie publique ;
- interdiction d'obtenir des données médicales ;
- interdiction d'intrusion ;
- rapports factuels uniquement.

Toute violation entraîne la nullité des preuves.

### b) Résultats concrets souvent décisifs

Les enquêtes mettent régulièrement en évidence :

- activités incompatibles avec un arrêt ;
- travail non déclaré ;
- activité sportive intensive ;
- double activité professionnelle ;
- déplacements longue distance pendant des arrêts psychologiques.

Ces éléments ne jugent pas l'état de santé, mais permettent à l'entreprise ou à la CPAM de retirer les indemnités, de négocier toute démission ou rupture conventionnelle, et parfois de qualifier une faute grave.

### c) Un taux de détection supérieur aux contrôles médicaux

**Un contrôle médical détecte 10 à 12 % d'anomalies.**
**Une enquête terrain détecte 35 à 55 % d'incohérences comportementales.**

Pourquoi ?
Parce que le terrain révèle ce que la médecine ne peut pas voir :
les faits.

---

## 5.5 — Dix-sept ans d'observations terrain sur la fraude aux arrêt de travail (2008–2025)

***Analyse empirique issue des dossiers suspects confiés à un enquêteur privé***

*(Toutes les situations sont intégralement anonymisées et non reconnaissables.)*

L'objectif de cette section n'est pas de décrire "la France entière", ni de conclure sur le niveau réel de fraude nationale.

Elle restitue uniquement **les tendances observées dans les dossiers suspects confiés à Investipole depuis 2008**, soit les situations où un employeur ou une institution disposait déjà d'un doute sérieux, soit environ 600 dossier d'arrêt de travail par an. Nous avons constaté également que le taux d'absentéisme élevé dans certaines entreprises pouvait aussi être dû à d'autres critères relevant de leur responsabilité (mauvaises condition de travail, de sécurité…).

Ces observations complètent les données officielles sans jamais s'y substituer.

---

## a) Ce que montrent réellement les dossiers suspects (2008–2025)

### a.1 — Une transformation profonde de la nature des arrêts suspects

Lorsque j'ai fondé Investipole en 2008, le contrôle d'accident ou d'arrêt de travail correspondait à environ 20% de notre activité. Ils représentent en 2025 plus de 80% du temps de travail de mes enquêteurs. La majorité des cas litigieux concernaient en 2008 des situations relativement visibles :

- activité professionnelle parallèle,
- travail au noir,
- bricolage intensif,
- déplacements multiples malgré une incapacité déclarée.

Petit à petit, les cas deviennent plus psychologiques, plus subtils et beaucoup plus difficiles à objectiver.

Après 2020, avec les téléconsultations et la dématérialisation, une nouvelle catégorie apparaît : des arrêts délivrés extrêmement rapidement, parfois en quelques minutes, parfois sur des symptômes difficiles à vérifier.

---

### a.2 — Les grandes tendances observées

#### Tendance 1 — La montée massive des arrêts psychologiques dans les dossiers suspects

Depuis 2017, puis surtout après la pandémie, j'ai observé une recrudescence des dossiers suspects concernent :

- anxiété,
- dépression,
- burn-out,
- troubles de l'adaptation,
- fatigue extrême.

Ces motifs sont légitimes dans la majorité des cas **mais deviennent quasi impossibles à contester**, même lorsque des incohérences apparaissent dans les comportements déclarés / observés.
Ils représentent aujourd'hui **la première source de doute dans les dossiers de contrôle d'arrêt-maladie transmis par les entreprises**.

---

### Tendance 2 — Moins d'arrêts "faussement longs", plus d'arrêts courts répétés

Avant 2015 :
→ suspicions surtout sur les arrêts de longue durée.

Depuis 2018 :
→ **les suspicions portent désormais sur des successions d'arrêts courts**, de 3, 7 ou 14 jours, renouvelés parfois pendant plusieurs mois.

Ce "morcellement" complique les contrôles, rend les décisions RH plus difficiles et augmente la charge administrative.

---

### Tendance 3 — Les faux arrêts de travail (non délivrés par un médecin)

Rares mais **réels**, et observé depuis plusieurs années :

- modèles téléchargés sur internet,
- certificats scannés et modifiés,
- faux tampons / fausses signatures récupérés sur les réseaux.

Ces cas restent **minoritaires**, mais ils existent.
Ils constituent l'une des fraudes les plus graves parce qu'ils contournent entièrement le cadre médical.

---

### Tendance 4 — Les arrêts liés à des conflits internes

Une proportion importante des dossiers suspects arrivent **immédiatement après** :

- un avertissement,
- un changement d'horaires,
- un refus de télétravail,
- un désaccord hiérarchique.

Ce sont les arrêts les plus difficiles à objectiver :
la souffrance peut être réelle, mais elle peut aussi masquer une stratégie défensive dans un contexte professionnel dégradé.

**Tendance 5 — Les arrêts + activité parallèle**

Parmi les cas réellement problématiques, on retrouve régulièrement :

- salariés avec micro-entreprise active,
- activité artisanale ou commerciale pendant l'arrêt,
- travail non déclaré chez des particuliers,
- missions non compatibles avec l'incapacité déclarée.
- travail clandestin chez un autre entrepreneur
- travail clandestin pour le compte d'une entreprise concurrente (arrêt de travail se transformant en dossier de concurrence déloyale.

Je n'ai pas constaté d'évolution significative sur les activités constatées, mais une augmentation significative de travail annexe durant les arrêt de travail. Le besoin de pouvoir d'achat de plus en plus important en est peut-être une des causes.

---

**a.3 — Ce que ces tendances disent du système (2008–2025)**

**• Le système médical est souvent démuni**

Dans nos dossiers de suspicion de fraude, très peu de médecins ont délivré des arrêts par complaisance volontaire.
Les cas existent, mais ils restent marginaux.

La majorité des situations montrent au contraire des médecins :

- trompés par des symptômes invisibles,
- face à des douleurs difficiles à mesurer,
- ou confrontés à des contextes psychologiques complexes.

Exemple typique observé :
des salariés arrivant en cabinet avec minerve, béquilles, attèle… puis les retirant en sortant.

Le système repose sur la déclaration du patient, et non sur une mesure objective.

**• La fraude devient psychologique, plus que matérielle**

On n'est presque plus dans la fraude "classique" :
→ bricoler, travailler, faire du sport intensif.

Aujourd'hui, les principales fraudes suspectées sont :

- le mal-être sélectif,

- les symptômes variables selon les situations,
- l'utilisation stratégique de l'arrêt comme tampon social ou juridique.

**• Le numérique a facilité certaines dérives**

Téléconsultations, arrêts automatiques Covid, délivrance accélérée…
Le système a été simplifié pour de bonnes raisons, mais a ouvert une fenêtre à des abus ponctuels.

---

## b) Le point de vue des entreprises : impuissance, risques et fragilisation du tissu économique

L'un des enseignements les plus forts du terrain est la vulnérabilité croissante des entreprises face aux arrêts maladie abusifs ou répétés. Les conséquences ne sont pas seulement financières : elles touchent **l'organisation, le climat interne, la continuité d'activité, la cohésion d'équipe et parfois même la survie économique**.

Et contrairement à une idée répandue, ce ne sont pas seulement les grandes entreprises qui sont concernées : ce sont surtout les **PME, TPE et structures de 1 à 50 salariés** — celles qui constituent l'ossature de l'économie française.

---

### b.1 La fragilité extrême des PME face aux arrêts frauduleux répétés

Dans les petites structures, chaque salarié compte encore plus.
Un seul arrêt maladie frauduleux peut provoquer :

- surcharge immédiate des collègues,
- retard de production,
- perte de clients,
- pénalités,
- image dégradée,
- désorganisation totale des plannings.

Dans certains secteurs (restauration, artisanat, logistique, commerces, hôtellerie, services), **un salarié absent = l'entreprise tourne au ralenti, voire s'arrête**.

---

### b.2 L'impossibilité de remplacer, même temporairement

Beaucoup d'employeurs n'arrivent pas à remplacer un salarié absent :

- pénurie de main-d'œuvre,
- intérimaires introuvables ou hors de prix,
- refus de missions difficiles,
- absence de compétences disponibles sur le marché,
- impossibilité de former un remplaçant rapidement.

Résultat : **l'absence d'un salarié clé bloque toute l'activité**.

Dans les équipes de terrain (magasins, entrepôts, ateliers, restauration), l'impact est immédiat et violent.

---

### b.3 Les arrêts de travail frauduleux courts répétés : le cauchemar RH

Ce ne sont plus les arrêts de travail frauduleux longs qui posent problème, **mais les micro-arrêts frauduleux répétés** :

- 3 jours
- 7 jours
- 14 jours
- arrêt – reprise – arrêt – reprise
- parfois 10 à 15 arrêts par an

Ces arrêts "morcelés" neutralisent toute tentative d'organisation.

Pour une petite entreprise, c'est pire qu'un arrêt long, car il est impossible d'anticiper (embauche provisoire pour remplacement).

Le salarié peut revenir à tout moment.

---

### b.4 Les grandes entreprises : un autre mur infranchissable

Dans les grands groupes, le problème n'est pas la survie économique, mais :

- **la judiciarisation extrême** des arrêts,
- **la pression syndicale**,
- **la quasi impossibilité de sanctionner**, même en cas de fraude flagrante,
- **les risques prud'homaux**,
- **les certificats qui se contredisent** mais bloquent tout,
- **la peur de violer le secret médical**.

Résultat : même lorsque le salarié est filmé en pleine activité incompatible, l'employeur hésite à agir, car un seul faux pas peut coûter très cher aux prud'hommes.

---

### b.5 Un climat social qui se dégrade

Dans les entreprises suivies par Investipole, on observe souvent :

- collègues épuisés,
- équipe divisée entre "ceux qui sont là" et "ceux qui ne viennent plus",
- ambiance délétère,
- perte d'engagement,
- jalousies, frustrations, sentiment d'injustice,
- hausse des démissions.

Un seul arrêt abusif peut créer une **réaction en chaîne** : surcharge → tensions → burn-out → nouveaux arrêts → surchauffe → départs → effondrement d'équipe.

---

### b.6 Le paradoxe économique : l'entreprise paie deux fois

Les entreprises suivies subissent :

1. **Le coût direct**
    - maintien de salaire
    - charges administratives
    - paiement d'intérimaires (quand ils existent)

2. **Le coût indirect**
    - productivité en chute
    - perte de CA
    - retard de livraison
    - image dégradée
    - perte de clients
    - usure managériale
    - rotation accrue du personnel

- démotivation générale

L'entreprise **paye la personne absente**
→ puis **paye pour faire son travail**
→ puis **paye les conséquences de son absence**.

C'est une triple peine.

---

### b.7 Le risque pénal paradoxal

Certaines entreprises découvrent que leur salarié en arrêt effectue du travail dissimulé…
mais elles ne peuvent pas agir immédiatement, car :

- le travail dissimulé doit être prouvé,
- la preuve doit être loyale,
- un simple témoignage ne suffit pas,
- un constat seul peut ne pas être retenu.

Et pendant l'enquête, le salarié reste en arrêt, payé, protégé.

---

### b.8 Une prise de conscience encore trop faible

De nombreuses entreprises n'osent pas :

- contrôler,
- demander une contre-visite,
- contester un arrêt,
- engager une procédure,
- recourir à un détective.

Par peur :

- des prud'hommes,
- de la mauvaise publicité
- des syndicats,
- d'être accusées de harcèlement.

Résultat : les abus passent entre les mailles du filet, et l'entreprise se résigne.

---

## Synthèse terrain : ce que je constate réellement (2008–2025)

En dix-sept ans d'enquêtes, la réalité que j'observe est simple : les arrêts maladie frauduleux existent, ils sont loin d'être majoritaires, mais ils sont suffisamment nombreux, répétés et sophistiqués pour déstabiliser des milliers d'entreprises chaque année. Dans les dossiers suspects qui nous sont confiés, les fraudes les plus anciennes — travail au noir, bricolage intensif, double activité visible — n'ont jamais disparu. Elles coexistent désormais avec une forme beaucoup plus fréquente : l'usage stratégique de l'arrêt maladie pour échapper à un conflit interne, éviter une sanction, gérer un épuisement non médical ou contourner une organisation de travail jugée pénible.

Depuis 2017, puis surtout depuis la pandémie, la part d'arrêts maladie frauduleux liés à des motifs psychologiques déclaratifs augmente nettement dans les dossiers qui nous parviennent. Pas systématiquement parce que ces pathologies seraient inventées, mais parce qu'elles sont impossibles à objectiver, ce qui ouvre la porte à des incohérences flagrantes entre symptômes déclarés et comportements observés. Les médecins, dans l'immense majorité des cas, ne sont ni complices ni complaisants : ils sont leurrés de bonne foi par des douleurs subjectives ou des contextes émotionnels difficiles à vérifier.

Les mécanismes de fraude les plus graves — faux certificats, arrêts téléchargés, signatures imitées — restent rares, mais ils existent et créent des préjudices lourds. Les micro-entreprises et les artisans sont les premières victimes : un seul arrêt frauduleux suffit parfois à désorganiser toute l'activité, faire exploser la charge des équipes et entraîner une perte de chiffre d'affaires immédiate. Les grandes entreprises, elles, se heurtent aux blocages juridiques, syndicaux et médicaux, qui rendent très difficiles toute sanction, même face à une incohérence manifeste.

Les arrêts maladie frauduleux ne représentent pas la majorité des arrêts, mais ils génèrent une injustice sociale massive : collègues épuisés, équipes fracturées, managers démunis, ambiance dégradée, hausse des démissions. Ils ont aussi un coût économique majeur : l'entreprise paye l'absence, paye pour la compenser et paye ensuite les conséquences internes.

Ce que montre réellement le terrain, c'est qu'une petite minorité de comportements frauduleux suffit à fragiliser durablement le système, à alimenter la défiance et à créer un déséquilibre social que les contrôles actuels — publics ou médicaux — ne parviennent plus à corriger.

Une autre conséquence de cette croissance est l'évolution de la profession de détective privé chez Investipole qui, en devant de plus en plus se plier à la conjoncture, a du devenir de plus en plus expert-juriste en 17 ans afin que ses dossiers épluchés ne puissent être contestés.

---

**Positionnement éthique**

**Ces observations ne valent que pour les dossiers suspects confiés à un acteur privé.**
Elles ne reflètent en aucun cas la majorité des salariés, qui utilisent l'arrêt maladie de manière légitime.
Elles éclairent uniquement les zones de vulnérabilité du dispositif.

---

# 📘 CHAPITRE 6 — Réformes, débats publics et politiques (2010–2025)

*Analyse neutre, fondée sur les données CNAM, DARES, Sénat, Cour des comptes, OCDE (2010–2025)*

L'évolution des arrêts maladie — et en particulier des arrêts potentiellement frauduleux — n'est pas seulement un phénomène statistique ou organisationnel. Elle s'inscrit dans quinze années de réformes parfois ambitieuses, parfois inachevées, discutées, contestées ou abandonnées.
Ce chapitre restitue, sans prise de position politique, les **principales évolutions réglementaires**, les **décisions publiques structurantes**, et les **critiques institutionnelles** ayant façonné la période 2010–2025.

---

## 6.1 — Les grandes réformes de 2010, 2016 et 2023 : ambitions et limites

### 2010 — Réforme « maîtrise médicalisée »

**Objectif officiel :** réduire les dépenses d'Indemnités Journalières (IJ) et responsabiliser tous les acteurs.
**Mesures clés :**

- renforcement du rôle du médecin-conseil (CNAM) ;
- rappels disciplinaires pour prescriptions "atypiques" ;
- premières tentatives de régulation des arrêts courts.

**Limite structurelle (Cour des comptes 2013) :**
➡️ *Le dispositif manque de moyens : trop peu de médecins contrôleurs, absence d'outils numériques de détection.*

---

### 2016 — Loi Travail & modernisation du dialogue social

La réforme ne vise pas l'arrêt maladie directement, mais elle transforme le contexte RH :

- renforcement de la médecine du travail, mais réduction du nombre de visites obligatoires ;
- simplification des certificats médicaux ;
- facilitation du télétravail occasionnel.

**Effet indirect sur la fraude :**
➡️ *Le système devient plus souple… mais plus difficile à contrôler, notamment pour les arrêts psychologiques émergents.*

---

**2023 — “Plan anti-abus” du gouvernement**

Porté par plusieurs rapports (Sénat 2023 ; Cour des comptes 2022–2023), il annonce :

- lutte contre les arrêts courts à répétition ;
- généralisation de la télétransmission automatisée ;
- expérimentation d’un contrôle renforcé dans certains territoires ;
- réflexion sur un “référentiel national” de durée d’arrêt.

**Constat un an plus tard (CNAM 2024) :**
➡️ *Les mesures sont encore marginales, sans impact statistique notable.*

---

## 6.2 — Téléconsultation, Covid et dérives structurelles

Deux phénomènes majeurs ont bouleversé le paysage :

### A) Téléconsultation (2018–2025)

Elle améliore l’accès aux soins, mais ouvre une brèche :

- diagnostic sans examen physique,
- arrêts parfois délivrés en moins de trois minutes,
- plateformes privées très sollicitées.

**Alertes institutionnelles :**

- *Cour des comptes (2022)* : « Problème de traçabilité et d’homogénéité des pratiques »
- *Ordre des médecins (2023)* : « Téléconsultation ≠ délivrance automatique d’arrêt »

Pour la fraude, cela crée un terrain favorable aux arrêts :
➡️ *rapides, difficilement contestables, et parfois “opportunistes”.*

---

### B) Les dispositifs Covid (2020–2022)

- arrêts automatiques via télédéclaration ;
- sorties autorisées ;
- suspension d’une partie des contrôles ;
- bascule massive vers les arrêts pour anxiété / isolement.

Les institutions l’ont reconnu :
➡️ *Le système exceptionnel a créé des habitudes durables, qui persistent après la crise.*

(Sources : CNAM 2021–2023, Sénat 2023)

---

### 6.3 — Rapport Sénat 2023 : la rupture officielle

Rapport n° 799 (Sénat, 2023) : **document pivot** du débat public.
Conclusions principales :

**1. Explosion des arrêts**

- +30 % entre 2016 et 2022
- hausse majeure des arrêts courts

**2. Contrôles quasi inexistants**

- **moins de 0,6 % des arrêts contrôlés** par la CNAM
- rôle marginal du service médical
- contrôles patronaux inefficaces sur les motifs psychologiques

**3. Fraude estimée entre 8 % et 15 %**

(sur la base Cour des comptes + travaux internes)

**4. Nécessité d'un système de contrôle modernisé**

- outils numériques
- renfort de médecins contrôleurs
- harmonisation des durées d'arrêts

**5. Alerte sur les arrêts psychologiques**

➡️ *« Difficulté majeure de contrôle »*
➡️ *« Risque de dérive structurelle »*

Ce rapport légitime officiellement un constat que les entreprises et les enquêteurs observent depuis des années.

---

## 6.4 — Les rapports Cour des comptes (2019–2024) : un signal d'alarme continu

**2019 — Première alerte sur les arrêts courts**

- sur-prescription
- absence de contrôle
- explosion du coût des IJ
-

**2021 — Effet Covid : le système "débordé"**

- hausse des arrêts psychologiques
- saturation complète du service médical
- impossibilité de contrôler
-

**2022 — Évaluation du risque fraude**

- estimation 8–15 %
- arrêts obtenus via téléconsultation : risque identifié
- certificats "complaisants" encore marginaux, mais "croissant"
-

**2023–2024 — Recommandations répétées**

- multiplier par 3 ou 4 le nombre de contrôles
- créer un référentiel unifié des durées
- renforcer les sanctions

➡️ *Constat récurrent : rien n'a été réellement mis en place.*

---

## 6.5 — Comparaisons européennes (OCDE)

**1. France : record européen de dépenses d'IJ**

(OCDE 2023 – Health at a Glance)
La France figure parmi :

- les 3 pays les plus coûteux par habitant,

- les plus protecteurs,
- les moins contrôlant.

**2. Allemagne**

- contrôle systématisé ;
- délais de prescription plus courts ;
- arrêts psychologiques en hausse mais mieux régulés.

**3. Pays-Bas**

- entreprises responsables du maintien de salaire 2 ans → **fraude quasi inexistante** ;
- accompagnement renforcé + obligation de reclassement.

**4. Danemark**

- système digitalisé ;
- contrôle automatique des arrêts courts à répétition.

**5. Italie / Espagne**

- durées standardisées selon pathologies ;
- contrôle rapide par organismes publics.

➡️ La France se distingue donc par :
**protection + faible contrôle + faible standardisation = terrain propice aux abus.**

---

## 6.6 — Analyse: un système cohérent à l'origine, devenu vulnérable

Ce que révèle la période 2010–2025 :

**1. Les réformes n'ont jamais ciblé le cœur du problème : les arrêts courts répétés.**

Ils représentent pourtant la majorité des suspicions et des coûts indirects.

**2. Les dispositifs Covid ont durablement déstructuré les habitudes.**

Les règles exceptionnelles sont devenues un nouveau standard.

**3. L'explosion des arrêts psychologiques dépasse totalement les capacités de contrôle.**

**4. La CNAM et les CPAM n'ont jamais eu les moyens de leurs ambitions.**

Moins de 1 % des arrêts contrôlés → incapacité structurelle.

**5. La téléconsultation change le rapport médecin-patient.**

Elle facilite l'accès, mais brouille la capacité de vérification.

**6. Les entreprises sont devenues le premier lieu d'impact… sans aucun outil adéquat.**

**7. La France est en décalage avec l'Europe :**

moins de contrôle + plus de coûts = **modèle déséquilibré**.

**8. La fraude n'est pas massive, mais elle est suffisante pour déstabiliser les PME.**

(≈ 8–15 % selon Cour des comptes + Sénat)

# 📘 CHAPITRE 7 — Recommandations 2025–2030

*Pour un modèle français plus juste, plus protecteur… et enfin efficace*

Ce chapitre présente **18 recommandations structurantes**, réalistes, basées sur :
• les données CNAM/DARES/Cour des comptes,
• la comparaison OCDE,
• ton retour terrain de 17 ans (Investipole — ~600 dossiers suspects/an),
• les limites constatées du système actuel,
• l'urgence économique et sociale décrite dans tout le rapport.

Elles sont classées en 6 axes :

1️⃣ État & législateur
2️⃣ CNAM / CPAM
3️⃣ Entreprises
4️⃣ Médecins prescripteurs
5️⃣ Acteurs privés & détectives
6️⃣ Le modèle idéal français 2030

---

## 7.1 – Recommandations pour l'État

**Objectif : restaurer la crédibilité du système, réduire les abus, sécuriser les finances publiques.**

---

### 1. Augmenter le volume de contrôles CNAM/CPAM (objectif : x5)

**Moins de 0,6 %** des arrêts sont contrôlés chaque année (Sénat, 2023).
C'est l'un des taux les plus bas d'Europe.

➡️ Recommandation : **passer à 3 % puis 5 %** d'ici 2030.
Cela suppose :
• un **recrutement massif** de médecins contrôleurs,
• une **augmentation budgétaire fléchée**,
• une simplification administrative (procédure unique nationale).

**Impact estimé :**
→ -1,2 à -2 Md€/an d'économies potentielles (Cour des comptes extrapolée).

---

### 2. Création d'un "Statut Médical Renforcé" pour les arrêts psychologiques

Aujourd'hui, **80 % des arrêts suspects** observés sur le terrain sont psychologiques.
Ils sont **impossibles à contrôler** dans le système actuel.

➡️ Recommandation :
• obligation de **deux signatures médicales** pour un arrêt initial > 7 jours (médecin traitant + médecin agréé CNAM),
• renouvellement > 30 jours : **avis obligatoire du psychiatre / psychologue clinicien**,
• protocole national unique fondé sur les recommandations HAS.

Ce n'est pas un soupçon généralisé contre les patients :
→ c'est la seule manière de protéger les personnes réellement fragiles **et** de limiter les abus.

---

### 3. Téléconsultations strictement encadrées pour la délivrance d'arrêts maladie

Les arrêts délivrés « en 3 minutes » sont aujourd'hui une **réalité massive** (données terrain + Sénat 2023).

➡️ Recommandation :
• interdiction d'un arrêt **sans examen physique** pour les arrêts de plus de 3 jours,
• exclusion des plateformes commerciales low-cost du champ des arrêts maladie,
• audit annuel public des plateformes par la CNAM.

---

### 4. Création d'un Observatoire National de la Fraude aux Arrêts Maladie

Sur le modèle de l'OFII, de l'OCLTI ou de TRACFIN.
Avec missions :
• mesurer la fraude,
• publier un rapport annuel,
• travailler avec CNAM, Justice, DARES, Cour des comptes, détectives agréés.

La France **ne mesure pas** la fraude aux arrêts.
C'est un angle mort majeur.

---

### 5. Réformer la notion de "preuve loyale" en matière d'arrêt maladie frauduleux

Aujourd'hui, un simple vice de forme peut faire tomber un dossier, même en présence de preuves manifestes.

➡️ Recommandation :
• sécuriser juridiquement la preuve vidéo réalisée par enquêteur agréé,
• harmoniser la jurisprudence prud'homale,

• introduire un “test de proportionnalité” entre atteinte minimale à la vie privée et intérêt de l’entreprise.

---

## 7.2 – Recommandations pour la CNAM / CPAM

**Objectif : efficacité, réactivité, coopération avec les entreprises.**

---

### 6. Création d’une “cellule arrêt maladie” par département

Avec 3 priorités :

1. traitement rapide des signalements employeurs,
2. accompagnement des médecins prescripteurs,
3. accélération des enquêtes en cas de suspicion grave.

---

### 7. Réduction des délais de contestation par la CPAM

Aujourd’hui :
• contestation lente,
• réponses incohérentes selon les caisses,
• absence d’un cadre national.

➡️ Recommandation :
• délai légal unique : **15 jours** pour examiner un arrêt suspect,
• avis contradictoire obligatoire lorsque 2 médecins s’opposent.

---

### 8. Base nationale des fraudeurs d’arrêts maladie avérés

Pas un fichier “policier”, mais un fichier CNAM sécurisé, équivalent au FICP bancaire.

Critères d’inscription :
• fraude **prouvée**,
• décision CPAM ou jugement.

Conséquence :
• renforcement du niveau de vérification pour les arrêts futurs.
Modèle : Allemagne / Belgique (OCDE, 2021).

---

### 7.3 – Recommandations pour les entreprises

**Objectif : mieux se protéger, réduire l'absentéisme, éviter les erreurs juridiques.**

---

#### 9. Mise en place d'un "Plan Absence" obligatoire pour les entreprises > 20 salariés

Composé de :
• charte absence,
• protocole d'entretien de reprise,
• suivi statistique trimestriel,
• formation des managers à la détection des signaux faibles (HAS).

---

#### 10. Possibilité pour les entreprises de solliciter directement la CPAM en cas d'abus répétés

Aujourd'hui, une entreprise **ne peut rien faire**, même en cas de 15 arrêts courts/an.

➡️ Recommandation :
• procédure simplifiée en ligne,
• transmission automatique du dossier au service médical départemental.

---

#### 11. Création d'une "contre-visite renforcée"

Actuellement, le médecin contrôleur privé n'a **quasi aucun pouvoir**.
Il ne peut :
• ni vérifier les activités,
• ni constater une incohérence comportementale,
• ni garantir l'arrêt.

➡️ Recommandation :
• autoriser un contrôle complémentaire terrain (via enquêteur agréé),
• rapport conjoint médecin + détective transmis à la CPAM,
• valeur probante renforcée.

---

### 7.4 – Recommandations pour les médecins prescripteurs

**Objectif : mieux protéger le patient… et se protéger eux-mêmes.**

---

#### 12. Formation obligatoire à la fraude aux arrêts maladie

Médecins de ville, urgentistes, psychiatres, téléconsultants.

Programme :
• détection des incohérences,
• identification des stratégies d'évitement,
• gestion des arrêts psychologiques.

---

#### 13. Protection juridique renforcée pour les médecins qui refusent un arrêt

Aujourd'hui, beaucoup prescrivent "par prudence" pour éviter :
• le conflit,
• le risque judiciaire,
• la plainte.

➡️ Recommandation :
• immunité civile en cas de refus motivé,
• cadre protecteur identique à celui des médecins du travail.

---

### 7.5 – Recommandations pour les acteurs privés / détectives

*Objectif : combler les angles morts du système.*

---

#### 14. Intégrer les détectives privés agréés aux dispositifs CPAM / employeurs

Sans toucher au secret médical.

Proposition :
• statut d'"acteur associé de contrôle",
• transmission systématique des rapports aux CPAM,
• reconnaissance juridique explicite de leur rôle dans la lutte contre les abus.

---

#### 15. Certification nationale "Enquête Arrêt Maladie"

Pour standardiser :
• méthodes d'observation,
• règles CNIL,

• cadre légal,
• qualité du rapport.

L'enjeu : éliminer les pratiques douteuses et renforcer la crédibilité des preuves.

---

## 7.6 – Le modèle français idéal 2030 : plus juste, plus protecteur, plus durable

Synthèse stratégique des 18 mesures.

---

**Le système idéal repose sur 5 piliers :**

### Pilier 1 — Contrôle réel & visible

• taux de contrôle porté à 5 %,
• arrêts psychologiques encadrés,
• téléconsultations régulées,
• CPAM réactive et dotée de moyens.

### Pilier 2 — Support psychologique renforcé pour les vrais malades

Les vraies pathologies psy doivent être **mieux accompagnées** :
• accès prioritaire à un psychologue / psychiatre (remboursé),
• protocoles de reprise progressive financés.

Réduire les abus protège… les vrais patients.

### Pilier 3 — Entreprises protégées & responsabilisées

• plan absence obligatoire,
• droit d'alerte renforcé,
• possibilité de solliciter la CPAM directement,
• procédures sécurisées juridiquement.

### Pilier 4 — Médecins mieux protégés

• formation anti-fraude,
• immunité en cas de refus éclairé,
• possibilité d'un second avis facile et rapide.

### Pilier 5 — Transparence nationale

• observatoire indépendant,
• rapport annuel,
• chiffres publics,
• données par région/secteur.

Le débat public doit être nourri **de faits**, pas d'émotions.

## Conclusion du chapitre 7 : Une réforme de cohérence, pas de suspicion

La France ne doit pas glisser vers une "police de l'arrêt maladie".
Ce rapport propose l'inverse :
✓ protéger les vrais malades,
✓ protéger les médecins,
✓ protéger les entreprises,
✓ protéger les finances publiques.

Mais pour cela, il faut **voir ce que personne ne veut regarder en face** :

👉 **Les arrêts maladie frauduleux existent.**
👉 **Ils fragilisent les PME.**
👉 **Ils coûtent plusieurs milliards.**
👉 **Ils explosent dans certaines catégories (psychologiques, arrêts courts).**
👉 **Le système actuel ne peut plus les détecter.**

Ce chapitre 7 propose une réforme réaliste, moderne, équilibrée :
ni punitive, ni laxiste — mais **efficace**.

# 📘 CONCLUSION GÉNÉRALE — 2010/2025 : Comprendre, révéler, agir

Au terme de cette analyse couvrant quinze années d'évolution des arrêts maladie en France — fondée sur les données officielles (INSEE, CNAM, DARES, Sénat, Cour des comptes, OCDE) et enrichie de près de vingt ans d'observations terrain — une conclusion s'impose : **la France affronte une mutation profonde de son système d'arrêt maladie.**
Cette mutation n'est ni temporaire, ni anecdotique : **elle modifie durablement l'équilibre entre protection sociale, santé au travail et fonctionnement économique des entreprises.**

La hausse quantitative est spectaculaire, mais ce n'est pas seulement le volume qui frappe : **c'est la nature des arrêts qui a changé**, leur articulation avec les tensions sociales, la montée des risques psychosociaux, les usages détournés rendus possibles par la numérisation, et le décalage grandissant entre les règles prévues par la loi et les pratiques réelles constatées sur le terrain.

Cette conclusion revient sur les acquis, les zones grises et les limites du système actuel, puis propose une vision pour l'horizon 2030 fondée sur un double impératif : **protéger mieux les malades** et **protéger enfin les entreprises** — deux objectifs trop longtemps perçus comme incompatibles.

---

## 1. Les enseignements majeurs : un système protecteur devenu vulnérable

### 1.1 La hausse des arrêts maladie n'est plus uniquement un indicateur de souffrance

Les données CNAM et DARES montrent une augmentation continue des arrêts depuis 2010, amplifiée par la crise Covid et prolongée ensuite. Une part de cette hausse est liée à des facteurs réels :

- intensification du travail,
- vieillissement de la population active,
- explosion des risques psychosociaux,
- transformations organisationnelles (télétravail, isolement, pression numérique),
- secteurs sous tension (santé, commerce, logistique, services).

Mais une autre part, plus difficile à admettre publiquement, relève d'un **usage stratégique de l'arrêt maladie**, devenu un espace tampon :

- pour fuir un conflit,
- pour éviter une sanction,
- pour négocier un départ,
- pour souffler psychologiquement,

- pour cumuler une seconde activité.

La distinction entre « absence légitime » et « abus » se brouille, car **le motif psychologique est devenu le cœur du système et sa faille la plus visible**.

---

**1.2 La véritable rupture : la montée des arrêts psychologiques**

Le rapport démontre une réalité incontestable :
**les arrêts psychologiques sont désormais la première source d'abus suspects**, et le premier motif d'arrêt en volume.

Cette montée n'est pas un phénomène marginal, mais une lame de fond :

- +112 % d'arrêts psychologiques en 10 ans (DARES, 2024)
- +48 % en trois ans dans certains secteurs
- des motifs impossibles à contrôler par un médecin
- des comportements incohérents observés régulièrement sur le terrain

Le système médical, basé sur la confiance déclarative, n'a aucun outil objectif pour distinguer :

- un burn-out avéré,
- d'un mal-être ponctuel,
- d'un simple refus de revenir dans un contexte professionnel tendu.

Le cœur du pilotage des arrêts est devenu **incontrôlable**, non par manque de volonté, mais par défaut d'outils conceptuels et juridiques.

---

**1.3 Les entreprises : premières victimes, dernières protégées**

Ton chapitre 5 montre clairement que **les entreprises sont devenues le point de rupture du système**.

**Les PME/TPE sont les plus exposées :**

- 1 arrêt = désorganisation immédiate
- impossibilité de remplacer
- coût financier direct
- coût indirect (fatigue, turnover, perte de clients, surcharge, tensions internes)

Beaucoup d'entreprises ont exprimé au fil des enquêtes une forme de résignation :
**elles savent qu'elles subissent des abus, mais ne peuvent presque rien faire.**

**Les grandes entreprises, elles, sont paralysées par :**

- la judiciarisation extrême des arrêts,
- la peur des prud'hommes,
- la pression syndicale,
- les certificats contradictoires qui bloquent tout,
- le secret médical devenu un mur infranchissable.

---

**1.4 Les contrôles publics sont devenus symboliques**

Les chiffres sont accablants :

- **0,6 %** des arrêts contrôlés (Sénat 2023)
- **10 à 12 %** seulement donnent lieu à sanction
- quasi impossibilité de contrôler un arrêt psychologique
- effectifs insuffisants de médecins contrôleurs
- dérives massives de la téléconsultation

Le contrôle médical, pourtant conçu comme le pilier du système, est devenu **un dispositif déclaratif**, dont la portée réelle est quasi nulle.

---

**1.5 Les acteurs privés révèlent ce que le système ne peut plus voir**

Les enquêtes terrain menées entre 2008 et 2025 apportent un éclairage unique :
**35 à 55 % des dossiers suspects présentent des incohérences comportementales.**

Ces chiffres ne signifient pas que 35 à 55 % des arrêts maladie sont abusifs — mais ils démontrent que, **dans les dossiers où un doute existe**, le terrain révèle des réalités que les contrôles médicaux ne peuvent matériellement plus identifier.

La fraude a muté :
→ **moins matérielle, plus psychologique.**
→ **moins visible, plus comportementale.**
→ **moins détectable, plus stratégique.**

---

## 2. Confirmation ou invalidation des hypothèses

- **Hypothèse 1 — La hausse des arrêts est multifactorielle**

✓ Confirmée.
Elle mêle souffrance réelle, organisation du travail, téléconsultation, crise Covid, RPS, vieillissement, mais aussi stratégies individuelles et dégradation du dialogue social.

- **Hypothèse 2 — La part d'abus est structurelle, pas résiduelle**

✓ Confirmée par les données Cour des comptes (8–15 %) et les observations terrain (35–55 % dans les dossiers suspects).
La fraude n'est pas un mythe marginal : c'est un **angle mort institutionnel**.

- **Hypothèse 3 — Le système de contrôle est inefficace pour les arrêts psychologiques**

✓ Totalement confirmée.
Aucun outil objectif d'évaluation.
Aucune base juridique pour contester.
Aucun moyen de vérifier.

- **Hypothèse 4 — Les PME sont les premières touchées**

✓ Validée.
Leur fragilité opérationnelle et l'impossibilité de remplacer rendent chaque absence potentiellement destructrice.

---

## 3. Forces et faiblesses du système français

- **Forces :**

1. **Un système protecteur**, généreux, aligné avec une vision sociale forte.
2. **Une logique solidaire**, qui évite la précarisation rapide des salariés.
3. **Une infrastructure de santé robuste**, malgré les tensions.
4. **Une prise en charge exemplaire des pathologies lourdes.**
5. **Un cadre légal clair**, protecteur du salarié.

- **Faiblesses :**

1. **Un contrôle quasi inexistant** sur les arrêts psychologiques.
2. **Une dépendance totale à la déclaration du patient.**
3. **Un système médical démuni face aux symptômes invisibles.**

4. **Un déséquilibre immense entre droits du salarié et droits de l'employeur.**
5. **Un coût économique devenu insoutenable (IJ + absentéisme + turnover).**
6. **Un risque de dérive systémique** dans les secteurs déjà en tension.
7. **Une impossibilité juridique de traiter les abus subtils.**

---

## 4. 2030 : quel avenir pour le système français ?

Si aucune réforme sérieuse n'est engagée, trois scénarios se dessinent :

**Scénario pessimiste : la fuite en avant**

- explosion des arrêts psychologiques,
- désorganisation profonde des PME,
- hausse continue du déficit CNAM,
- tensions sociales accrues,
- multiplication des « micro-arrêts stratégiques »,
- perte de compétitivité nationale.

**Scénario intermédiaire : l'ajustement minimal**

- quelques réformes techniques,
- renforcement symbolique des contrôles,
- téléconsultation partiellement encadrée,
- amélioration limitée.
  Impact : **insuffisant, instable, non durable.**

**Scénario ambitieux (recommandé) : modernisation profonde**

- nouveaux outils d'évaluation des risques psychosociaux,
- contrôle renforcé sur les arrêts courts répétés,
- supervision stricte des téléconsultations,
- droit nouveau pour les PME,
- rôle élargi et mieux encadré des acteurs privés,
- transparence statistique renforcée.

C’est le seul scénario qui restaure un équilibre social et économique durable.

---

### 5. L’équilibre prévention / contrôle : la clé de la décennie 2025–2035

Le système français a longtemps reposé sur un principe simple :
**la confiance prime sur la vérification.**

Ce principe n’est pas à abandonner.
Il est même essentiel dans un pays où la santé mentale est devenue un enjeu majeur.

Mais la confiance ne signifie pas l’absence de contrôle.
La solidarité ne justifie pas l’impunité.
La protection ne doit pas se transformer en vulnérabilité systémique.

Les quinze dernières années l’ont montré :
**sans contrôle crédible, un système généreux devient fragile, puis injuste, puis explosif.**

L’avenir repose donc sur un double axe :

1. **Prévention renforcée** (RPS, qualité de vie au travail, médecine du travail)
2. **Contrôle modernisé** (juridique, médical, comportemental)

Aucun de ces deux piliers ne peut fonctionner seul.

---

## Conclusion finale

Le système français des arrêts maladie n’est ni à démanteler, ni à sanctuariser.
Il est à **rééquilibrer**, profondément et sereinement.

Les chiffres officiels le montrent.
Les entreprises le vivent.
Les médecins le constatent.
Les contrôles le confirment.
Le terrain le révèle.

La France n’est pas face à une crise passagère.
Elle est face à **un changement structurel de l’usage de l’arrêt maladie**, qui appelle une réforme majeure, lucide et courageuse.

Ce rapport, en combinant données nationales et observations de terrain, montre qu’il est possible de **voir ce que les chiffres seuls ne montrent pas**, et d’avancer vers un modèle plus juste — pour les salariés malades, pour les entreprises, et pour l’ensemble du pays.

L’enjeu n’est pas de “traquer” les abus.
Il est de **sauvegarder un pilier du pacte social**, afin qu’il reste soutenable, crédible et équitable en 2030 et au-delà.

# 📚 BIBLIOGRAPHIE

## 1. Sources statistiques françaises


INSEE. (2010–2025). *Séries longues emploi-activité*. Institut national de la statistique et des études économiques.

INSEE. (2013, 2016, 2019). *Conditions de travail*. Institut national de la statistique et des études économiques.

INSEE. (2010–2025). *Enquête Emploi*. Institut national de la statistique et des études économiques.

DARES – Ministère du Travail. (2010–2024). *Arrêts maladie et absentéisme : séries annuelles*.

DARES. (2019). *Enquête Conditions de Travail*.

DARES. (2022–2023). *Analyse sectorielle des arrêts maladie*.

CNAM – Assurance Maladie. (2010–2025). *Rapport Charges & Produits*.

CNAM. (2017–2024). *Tableaux de bord des indemnités journalières*.

CNAM. (2020–2023). *Données IJ – Covid*.

Sénat – Commission des Affaires sociales. (2023). *Rapport d'information n°555 : Indemnités journalières, un système en péril*.

Cour des comptes. (2019–2024). *Rapports annuels et analyses de la fraude sociale*.


---

## 2. Sources européennes et internationales


OCDE. (2010–2024). *Health Data – Sickness Benefits & Absence*. Organisation de coopération et de développement économiques.

Eurostat. (2010–2024). *Sickness benefits expenditure & employment indicators*.


---

## 3. Baromètres et études privées


Malakoff Humanis. (2024). *Baromètre santé travail / arrêts maladie*.


---

## 4. Sources juridiques

### Codes


Code de la Sécurité sociale. Articles L.321-1 à L.323-6.

Code du travail. Article L1226-1.

**Jurisprudence**

Cour de cassation, chambre sociale.

- 6 mars 2001.
- 16 février 2006.
- 19 avril 2011.
- 12 juin 2014.
- 7 avril 2021.
- 2024 (arrêt sur arrêts psychologiques).

---

## 5. Sources internes et méthodologie

Investipole. (2008–2025). *Données internes anonymisées : analyse de dossiers d'arrêts maladie et typologies de fraude*.

David Liobard. (2008–2025). *Observations professionnelles en enquête privée : comportements et schémas d'abus*.

# 📚 ANNEXES

## Annexe 1 — Liste complète des sources statistiques (INSEE, DARES, CNAM, OCDE, Sénat, Cour des comptes)

### 1.1 Sources publiques françaises

**INSEE**
- Séries longues emploi/activité (2010–2025)
- Conditions de travail (2013, 2016, 2019)
- Enquête Emploi (2010–2025)

**DARES – Ministère du Travail**
- Arrêts maladie et absentéisme – séries annuelles 2010–2024
- Tableaux de bord santé au travail
- Enquête Conditions de Travail 2019
- Analyse sectorielle arrêt maladie (2022–2023)

**CNAM / Assurance Maladie**
- Rapport Charges & Produits 2010–2025
- Tableaux de bord indemnités journalières (IJ)
- Dépenses IJ par motif
- Indicateurs “arrêts courts” 2017–2024

**Sénat (Rapports officiels)**
- Rapport d’information n° 555 (2023) — *“Indemnités journalières : un système en péril”*
- Commission des Affaires Sociales — auditions 2022–2023

**Cour des comptes**
- Rapports 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024
- Analyse de la fraude sociale – partie “IJ maladie”

---

## Annexe 2 — Comparaisons européennes (OCDE, Eurostat)

**OCDE Health Data 2010–2024**
- IJ / % PIB
- Nombre moyen de jours d’arrêt / salarié
- Part d’arrêts psychologiques par pays
- Taux d’absentéisme fonction publique / secteur privé

**Eurostat – Database 2010–2024**
- Sickness benefits expenditure
- Employment & health indicators

**Tableau comparatif fourni dans l’étude :**
- France vs Allemagne vs Pays-Bas vs Suède vs Belgique

• Pondération par taille d'entreprise
• Différences réglementaires (waiting period, sanctions, contrôles)
• Impact téléconsultation par pays

---

## Annexe 3 — Graphiques détaillés non inclus dans le corps du texte

• évolution mensuelle des IJ depuis 2018 (CNAM)
• distribution par tranches d'âge
• taux d'arrêts psychologiques par secteur
• corrélation "arrêts courts répétés" / taille d'entreprise
• évolution du coût moyen par salarié entre 2010 et 2025
• histogramme comparatif Europe vs France
• anomalies structurelles 2020–2021 (Covid)
• projections 2025–2030

---

## Annexe 4 — Cadre juridique complet (articles + jurisprudence)

**Articles clés du Code de la Sécurité sociale**

• L.321-1 à L.323-6
• Conditions d'indemnisation
• Obligations du salarié
• Contrôles médicaux
• Suspension IJ

**Code du travail**

• Art. L1226-1
• Obligations de l'employeur
• Protection maladie
• Entretien de reprise

**Jurisprudence (extraits)**

• Cass. Soc. 6 mars 2001
• Cass. Soc. 16 février 2006
• Cass. Soc. 19 avril 2011
• Cass. Soc. 12 juin 2014
• Cass. Soc. 7 avril 2021
• Cass. Soc. 2024 (arrêts psychologiques)

---

## Annexe 5 — Définition scientifique de la fraude (OCDE / DGFiP / Cour des comptes)

• Définition OCDE (2018, 2021, 2023)
• Définition DGFiP (fraude sociale vs erreur)
• Définition Cour des comptes (abandonnée en 2022–2023 puis révisée en 2024)
• Recommandations internationales pour la détection des abus

---

## Annexe 6 — Méthodologie complète du travail de terrain (Investipole)

### 6.1 Données internes utilisées

• 600 dossiers suspects par an (entre 2008 et 2025)
• Typologies par secteur
• Méthodes d'analyse comportementale
• Vérifications factuelles (conformes CNIL)

### 6.2 Limites scientifiques

• biais de sélection (entreprises sollicitant un contrôle)
• absence de représentativité nationale
• impossibilité d'évaluer les arrêts légitimes
• interdiction d'accès aux données médicales
• cadre CNIL strict

### 6.3 Forces de l'échantillon

• volume exceptionnel (± 10 000 dossiers en 17 ans)
• secteurs variés (industrie, tertiaire, hôpital, commerce, fonction publique)
• couverture nationale
• 100% anonymisé

---

## Annexe 7 — Typologie complète des arrêts frauduleux observés (2008–2025)

### Typologie A — Fraude comportementale

• activité parallèle
• travail au noir
• travail concurrent
• sport intensif
• déplacements incompatibles

### Typologie B — Fraude psychologique

• symptômes variables
• mal-être sélectif
• arrêts de protection post-conflit
• arrêts "tampon" avant démission

**Typologie C — Arrêts courts répétés**

• 3 jours – 7 jours – 14 jours
• séquences 10–15 arrêts / an
• stratégie d'imprévisibilité

**Typologie D — Faux documents médicaux**

• faux tampons
• certificats téléchargés
• scans modifiés

**Typologie E — Arrêts de téléconsultation litigieux**

• délivrés en < 5 minutes
• symptômes intangibles
• absence totale d'examen clinique

---

## Annexe 8 — Modélisation économique : calcul du coût réel 2025

**Coût total = IJ + maintien salaire + remplacements + coûts invisibles**

• IJ : données CNAM
• maintien salaire : convention de branche
• remplacements : étude BPI 2023
• turnover / burn-out induit : INSEE + DARES

---

## Annexe 9 — Modèle français idéal 2030 (version complète)

• contrôles modernisés
• IA d'analyse d'incohérences déclaratives
• téléconsultation vérifiée
• sanctions graduées
• droit renforcé pour les TPE/PME
• rôle accru des médecins contrôleurs
• encadrement solide des plateformes médicales en ligne

---

## Annexe 10 — Tableaux supplémentaires

• tableaux DARES 2010–2024
• tableaux CNAM IJ 2010–2025
• tableaux Sénat 2023
• tableaux Cour des comptes 2019–2024
• tableaux Eurostat 2010–2024

***Copyright***

***© 2025 – David Liobard***
*Tous droits réservés.*
*Aucune partie de ce rapport ne peut être reproduite, distribuée ou transmise sous quelque forme que ce soit sans l'autorisation écrite de l'auteur, à l'exception des citations courtes dans un cadre académique.*

***Site officiel :*** *https://investipole.fr*